

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Adesão à medicação em idosos vivendo em residenciais:
Um estudo exploratório**

Ricardo Jorge Cardoso Martins da Assunção

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença

2015

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Adesão à medicação em idosos vivendo em residenciais:
Um estudo exploratório**

Ricardo Jorge Cardoso Martins da Assunção

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Fernando Sepúlveda Afonso Fradique

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença

2015

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de mestre em Psicologia, na área de especialização da Secção de Psicologia Clínica e da Saúde do Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença, realizada sob orientação científica do Professor Doutor Fernando Sepúlveda Afonso Fradique.

“Viver não é necessário. Necessário é criar”

(Fernando Pessoa)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, o meu agradecimento ao Centro de Psicologia Aplicada do Exército por ter apostado em mim nesta caminhada em formar-me Psicólogo Militar.

O meu agradecimento especial para alguém que já não está entre nós. Mulher de força, que amava viver rodeada da família, grato pelos teus ensinamentos, sem ti tudo teria sido muito diferente. Obrigado por tudo e descansa em paz.

A mim, por ter acreditado nas minhas capacidades e ter aprendido a construir um sonho “*step by step*”.

Aos meus pais e irmão grato pelo apoio dado ao longo destes 6 anos, obrigada por estarem sempre presentes.

À minha família e amigos pelo apoio incondicional em todos os momentos e estarem sempre do meu lado.

Ao Centro de Apoio Social de Oeiras do Instituto de Ação Social das Forças Armadas pela abertura e entusiasmo com que receberam esta investigação na área funcional 1 desta instituição.

A todos os utentes que, de uma forma voluntária, participaram neste estudo.

Aos meus colegas e amigos Vanessa Dias, João Carvalho, Paulo Lopes e Joana Gregório pelo apoio, motivação, incentivo que me têm dado e pelas inestimáveis contribuições que fizeram ao longo deste trabalho.

A minha sincera gratidão para seres humanos notáveis que tive o prazer de me cruzar ao longo destes 6 anos, Dr^a Cátia Gameiro, Major Infantaria Psicólogo Militar Pedro Garcia Lopes, e Major de Artilharia Psicólogo Militar Nuno Monteiro pela disponibilidade e amizade demonstrada.

The last but not the least, ao Professor Doutor Fernando Fradique, pela orientação e apoio nesta investigação.

E assim, mais uma vez, “foi entregue a carta a Garcia”... Bem Hajam!

Non sibi sed patriae

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo geral explorar as relações entre a qualidade de vida, o funcionamento cognitivo, a capacidade funcional e os níveis de adesão aos tratamentos e as crenças aos médicos e à medicina, em idosos institucionalizados numa área residencial do Centro de Apoio Social de Oeiras (CASO) do Instituto de Ação Social das Forças Armadas (IASFA). Teve os seguintes objetivos específicos: 1) Descrição dos níveis de Cognição e de Funcionalidade; 2) Descrição dos Níveis de Depressão e Sintomatologia Psicopatológica; 3) Descrição de Crenças face à medicina, face aos médicos e face aos medicamentos; 4) Descrição dos níveis de adesão à medicação e aos tratamentos; 5) Relacionar os níveis de adesão à medicação e tratamentos, com as crenças relativas aos medicamentos, médicos e medicina; 6) Analisar as diferenças dos níveis de adesão em função do funcionamento cognitivo; 7) Analisar as diferenças dos níveis de adesão em função dos níveis de depressão e 8) Analisar os níveis de adesão em função das variáveis sociodemográficas. Foram utilizados os seguintes instrumentos: 1) Questionário sociodemográfico (QSD); 2) Mini Exame do Estado Mental (MEEM); 3) Índice de *Barthel*; 4) Medida de Adesão ao Tratamento (MAT); 5) Escala de Adesão aos Medicamentos (EAM); 6) Questionário de crenças em relação aos medicamentos (QCM-Geral); 7) Escala de Atitudes face aos médicos e face à medicina (ADMS); 8) Escala de Depressão Geriátrica-15 (EDG-15) e 9) Inventário Breve de Sintomas (BSI). Participaram 47 sujeitos residentes no CASO/IASFA, sendo 15 do género masculino e 32 género feminino. Os resultados permitiram confirmar nesta amostra, específica, um elevado nível de funcionalidade, níveis de cognição normais e baixos níveis de sintomatologia psicopatológica. Verificou-se uma elevada adesão aos tratamentos e medicamentos. Em relação aos restantes objetivos não foram encontrados correlações estatisticamente significativas. Os resultados são discutidos com base na literatura existente. São referidas limitações ao presente estudo e propostas para futuras investigações.

Palavras-chaves: Adesão, Crenças, Tratamento, Medicação, Idosos, Institucionalização

ABSTRACT

The current paper has the main objective of exploring the relations between the quality of life, cognitive function, functional ability and the levels of treatment adherence and the believes towards doctors and medicine, on a sample of elders institutionalized in one of the residential areas of the Centro de Apoio Social de Oeiras (CASO) of Instituto de Ação Social das Forças Armadas (IASFA). Specific objectives of this study were: 1) to describe the levels of cognitive function and levels of functional ability; 2) to describe the levels of depression and psychopathology; 3) to describe the believes towards medicine, doctor and medication; 4) to describe the levels of adherence to treatment and medication; 5) to explore the relation between the level of adherence to medication and treatment with the believes towards medication, doctor and medicine; 6) to analyze the differences in the levels of adherence in function of the cognitive ability; 7) to analyze the differences in the levels of adherence in function of the levels of depression; 8)) to analyze the differences in the levels of adherence in function of the social-demographic variables. For these propose the following instruments were used: 1) a socio-demographic questionnaire; 2) the *Mini Mental State Examition* (MMSE); 3) the Barthel index; 4) the *Reported Adherence to Medication Scale* (MAT); 5) the *Beliefs About Medicines Questionnaire* (EAM); 6) the *Beliefs About Medicines Questionnaire* (QCM-Geral); 7) *Beliefs About Medicines Questionnaire* (ADMS); 8) the *Geriatric Depression Scale -15* (EDG-15); 9) The do *Brief Symptom Inventory* (BSI). The sample was composed of 47 subjects, 15 males and 32 females, all residents in CASO/IASFA. The results show that in this specific sample there were high levels of functionality, normal levels of cognitive functioning and lower levels of psychopathologic symptoms. There are high levels of adherence to treatments and medication. Regarding the remaining objectives, it was not found meaningful correlations. The results obtained are discussed in light of the existing literature. Study limitations and suggestions for further investigations are presented.

Key-words: Adherence, Medication Believes, Emotional disturbances, Elderly, Institutionalization.

ÍNDICE

Introdução	1
Capítulo 1. Contextualização Teórica	3
Capítulo 2. Metodologia	22
2.1. - Procedimentos de recolha da amostra	22
2.2. - Participantes	23
2.3. - Instrumentos	25
2.3.1-Questionário sociodemográfico (QSD)	25
2.3.2-Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	26
2.3.3-Índice de <i>Barthel</i>	26
2.3.4-Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)	27
2.3.5-Escala de Adesão aos Medicamentos (EAM)	28
2.3.6-Questionário de crenças em relação aos medicamentos (QCM-Geral)	29
2.3.7-Escala de Atitudes face aos médicos e face à medicina (ADMS)	31
2.3.8-Escala de Depressão Geriátrica -15 (EDG-15)	33
2.3.9-Inventário Breve de Sintomas (BSI)	33
2.4. - Procedimentos de análise de dados	35
Capítulo 3. Análise de Resultados	37
Capítulo 4. Discussão dos resultados	51
Capítulo 5. Conclusão	57
Referências Bibliográficas	59
Anexos	
Anexo 1 - Pedido de Autorização para a realização do estudo à instituição	65
Anexo 2 - Consentimento Informado	66
Anexo 3 - Questionário Sociodemográfico (QSD)	67
Anexo 4 - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	68
Anexo 5 - Índice de <i>Barthel</i>	70
Anexo 6 - Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)	71
Anexo 7 - Escala de Adesão aos Medicamentos (EAM)	72
Anexo 8 - Questionário de crenças em relação aos medicamentos (QCM-Geral)	73
Anexo 9 - Escala de Atitudes face aos médicos e face à medicina (ADMS)	74
Anexo 10 - Escala de Depressão Geriátrica -15 (EDG-15)	75
Anexo 11 - Inventário Breve de Sintomas (BSI)	76

LISTA SIGLAS E ABREVIATURAS

AF	Área funcional
AF1	Área funcional 1
AF2	Área funcional 2
ADMS	Escala de Atitudes face aos médicos e face à medicina
BSI	Inventário Breve de Sintomas
CASO	Centro de Apoio Social de Oeiras
DP	Desvio Padrão
EAM	Escala de Adesão aos Medicamentos
EDG-15	Escala de Depressão Geriátrica -15
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
GSI	Subescala gravidade global do BSI
IASFA	Instituto de Ação Social das Forças Armadas
QCM-Geral	Questionário de crenças em relação aos medicamentos
QdV	Qualidade de Vida
QSD	Questionário sociodemográfico
M	Resultados Médios
MAT	Medida de Adesão ao Tratamento
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSDI	Índice de sintomas de sofrimento positivos
PST	Total de sintomas positivos

INTRODUÇÃO

A população mundial está a envelhecer, nomeadamente em Portugal segundo dados dos últimos censos (INE, 2011). Consciente desta realidade, a comunidade científica, tem feito um esforço em investigar o processo do envelhecimento por forma a garantir que seja vivido com maior qualidade de vida e bem-estar.

O envelhecimento consiste num conjunto de processos dinâmicos do organismo que se traduzem, ao longo do tempo, em transformações em várias vertentes - morfológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. Embora nem todos envelheçamos do mesmo modo, com a idade surge a necessidade de recorrermos a uma maior quantidade de medicação, a qual nos permite controlar as doenças e viver melhor, com mais qualidade de vida. O nível de adesão à medicação dos pacientes idosos torna-se, assim, um elemento-chave, sendo, por isso, importante compreendermos alguns fatores podem condicionar os comportamentos de adesão às prescrições médicas, tais como o declínio do funcionamento cognitivo, a institucionalização e as crenças de saúde da população idosa.

Procurando ser um contributo para esta temática, este estudo assume como objetivo geral explorar as relações entre a qualidade de vida, aspetos emocionais, fatores sociodemográficos, o funcionamento cognitivo, a capacidade funcional e os níveis de adesão aos tratamentos e as crenças aos médicos e à medicina, em idosos institucionalizados na estrutura residencial do Centro de Apoio Social de Oeiras do Instituto de Ação Social das Forças Armadas.

O presente estudo encontra-se organizado de acordo com as seguintes secções: no Capítulo 1 aborda-se o enquadramento teórico relativo a uma perspetiva do processo de

envelhecimento viver mais e melhor, características específicas do estado de saúde da população idosa, gestão da medicação e fatores que influenciam a adesão à medicação nos idosos, seguido da delineação dos objetivos; no Capítulo 2, procede-se à descrição da metodologia, sendo mencionado o procedimento da recolha da amostra, caracterização dos participantes, descrição dos instrumentos e procedimentos de análise de dados; no terceiro capítulo são apresentadas as análises dos resultados obtidos; no quarto capítulo discutem-se os resultados; e no quinto e último capítulo, expõem-se as conclusões finais e limitações/desafios para futuras investigações.

CAPÍTULO 1. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Processo de Envelhecimento: Viver Mais e Melhor

Graças aos avanços tecnológicos, nomeadamente na área da saúde, a esperança média de vida tem vindo a crescer continuamente (Davey & Glasgow, 2006; Comissão Europeia, 2014), justificando, assim, a realidade a que assistimos: o envelhecimento da população, e a tendência nas linhas de investigação que visam procurar formas para que o envelhecimento possa ser vivido com uma maior qualidade de vida e bem-estar (Hagestad & Uhlenberg, 2005; Cunha, Marques, & Rodrigues, 2014). Mas, antes de mais, o que é o envelhecimento?

De acordo com Fontaine (2000), o envelhecimento consiste num conjunto de processos dinâmicos do organismo que se vão desenvolvendo e que se traduzem, ao longo do tempo, em transformações de várias vertentes - morfológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais, no ser humano. Desta forma, podemos observar o envelhecimento através de características comuns entre as pessoas, isto é, que fazem parte da experiência de todos nós - como a alteração de funções do organismo e a perda do equilíbrio homeostático (Cancela, 2007), e algumas outras características que dizem respeito ao próprio indivíduo e ao estilo de vida deste, isto é, que são uma consequência da nossa interação, enquanto indivíduos, com o nosso meio e herança genética (Oliveira, 2008).

Para o estudo do envelhecimento humano torna-se, assim, importante a utilização de uma abordagem pautada pela ideia de “ciclo ou curso de vida” - o reconhecimento de que nós, humanos, envelhecemos ao longo do tempo mas não de forma homogénea enquanto grupo (Organização Mundial de Saúde, 2002), o que significa que cada um de nós pode envelhecer de formas diversas (Cancela, 2007). Não obstante, com o avançar da

idade, existem realidades específicas que surgem, como o aumento das comorbilidades de saúde (Nishtala, Hilmer, McLachlan, Hannan, & Chen, 2009) e a necessidade de recorrer com maior frequência ao uso de medicação (Organização Mundial de Saúde, 2002).

As questões relacionadas com o envelhecimento e com os idosos foram, nas últimas décadas, abordadas de uma forma negativa. Ainda hoje o envelhecimento é visto como algo que preferimos ignorar, tendo os aspetos negativos deste processo moldado e influenciado a forma como socialmente olhamos para os idosos e os fenómenos do envelhecimento. É fácil, por exemplo, encontrarmos na literatura a ideia de que o envelhecimento está associado a um declínio geral das capacidades cognitivas do ser humano - esta perspetiva pode limitar, de alguma forma, a iniciativa e o objetivo de garantir uma melhor qualidade de vida aos idosos. Neste sentido, alguns estudos (Fonseca, 2007) começam a chamar-nos a atenção para o facto de a diminuição das capacidades cognitivas estar também relacionada com outros fatores que não só a idade cronológica: esta relaciona-se também com os comportamentos das pessoas, a sua educação e até mesmo o seu estatuto socioeconómico. É visível, portanto, a forma como o processo de envelhecimento é multideterminado e deixa espaço para a intervenção ao nível da Qualidade de Vida dos idosos, criando a oportunidade de estes viverem não só mais anos como também com maior plenitude (Vecchia, Ruiz, Bocchi, Corrente, 2005). Esta visão tem vindo a proporcionar, portanto, importantes mudanças de paradigma no estudo do envelhecimento nas últimas décadas, permitindo-nos olhar para o envelhecimento numa perspetiva mais positiva, por oposição ao foco na doença e declínio de capacidades nos idosos. A ideia de “envelhecimento ativo” (Fernández-Ballesteros, 2008), um termo adotado em 1990 pela Organização Mundial de Saúde, veio precisamente cunhar esta necessidade de contribuirmos para que as pessoas possam não

só viver mais anos mas também melhor, com mais Qualidade de Vida, autonomia e independência (Organização Mundial de Saúde, 2002), através de intervenções e programas que estimulem a autonomia, a participação e o envolvimento dos idosos no seu processo de envelhecimento.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2002), o “envelhecimento ativo” pode ser definido da seguinte forma: *“processo de potenciar oportunidades para a saúde, participação e segurança, por forma a melhorar a qualidade de vida, à medida que as pessoas envelhecem”* (p. 12). Nesta perspetiva, o envelhecimento é visto, assim, como uma experiência positiva, colocando a tónica na capacitação dos mais velhos para se tornarem conscientes do seu potencial físico, social e mental, e como indivíduos participantes na esfera social, em função das suas necessidades, desejos e capacidades. De acordo com este paradigma, os idosos que se reformam ou que de alguma forma convivem com algum tipo de doença ou incapacidade são vistos como contribuidores ativos no seu seio familiar, comunitário e social, em vez de serem vistos como agentes passivos

Kalache e Kickbusch (1997) afirmam que esta mudança de perspetiva veio permitir a comunicação de uma mensagem mais inclusiva em relação à integração dos idosos na sociedade e reconhecer a importância de abordarmos os fatores que permitem contribuir para a melhoria da Qualidade de Vida (QdV) desta população. Do ponto de vista teórico, o conceito de QdV engloba uma série de aspetos como a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, as relações sociais, a atividade intelectual, o cuidado connosco próprios, o apoio familiar, entre outros (Vecchia et al., 2005). Autores como Lobet, Ávila, Farrás e Csnut (2001) alertam-nos, por isso mesmo, para a ideia de que a QdV é um conceito multidimensional, sendo composto por aspetos objetivos e subjetivos, negativos e positivos.

De acordo com Neri (1993), falar de QdV no caso específico da população idosa exige que tenhamos em conta variáveis de natureza biológica, psicológica e sociocultural, sendo importante considerar os seguintes indicadores: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controlo cognitivo, competência social, renda, continuidade de papéis familiares e ocupacionais, e continuidade de relações informais com determinados grupos, como os amigos. Não obstante, aspetos como o aumento da morbilidade e de doenças associadas ao avançar da idade, a perda de ocupações e de relações, são mais frequentes nos idosos e, por isso, podem também apresentar um maior impacto subjetivo nesta faixa etária, quando em comparação com jovens e adultos (Neri, 1993).

É importante também falar, neste âmbito, de QdV relacionada com a Saúde. A QdV relacionada com a Saúde tem sido definida como a experiência subjetiva do indivíduo em relação ao impacto que a doença e o seu tratamento têm no funcionamento do indivíduo, em diversos domínios, tais como o domínio físico, psicológico e social, bem como relativamente ao impacto que as doenças têm na capacidade de os idosos se envolverem em atividades da sua rotina diária (Tabali, Ostermann, Jeschke, Dassen, & Heinze, 2013). Aqui surge a necessidade de termos em conta as crenças de saúde dos próprios idosos, as quais têm um papel preponderante na forma como os idosos experienciam subjetivamente a doença.

As crenças de saúde dizem respeito ao conjunto de crenças, preocupações e expectativas do doente em relação à sua doença e ao prestador de cuidados médicos (Kadushin & Egan, 2008). A este nível podemos dizer que o paciente tem um modelo explicativo próprio, o qual é influenciado pela sua cultura, educação e estatuto socioeconómico (Carrillo, Green, & Betancourt, 1999). Por exemplo: os mexicanos acreditam que a Diabetes Tipo II é causada por um “susto” e o tratamento desta é feita à base de medicamentos ervanários (Kadushin & Egan, 2008). Desta forma, a conceção das

causas da doença é diferente das causas sugeridas pela medicina ocidental, assim como o tipo de tratamento também difere, o que pode causar conflito e colocar em causa a adesão dos pacientes a prescrições que não correspondem ou não satisfazem as suas crenças de saúde.

Os prestadores de cuidados médicos também têm o seu próprio modelo explicativo – normalmente, baseado na ciência e na medicina ocidental. Segundo Joyce-Moniz & Barros (2005) os estereótipos do doente em relação às significações do médico podem ser determinantes para a não-adesão.

Quando é estabelecida a relação terapêutica entre paciente e cuidador, estes modelos explicativos podem entrar em conflito e, por sua vez, condicionar todo o processo de adesão do paciente aos cuidados recomendados (Kadushin & Egan, 2008). O papel do profissional de saúde vai depender também do nível de adesão que indivíduo demonstra, podendo passar de alguém que toma decisões a alguém que aconselha (Vermeire et al., 2001). Tal como frisado por Roberts (cit. Por Joyce-Moniz & Barros, 2005) o doente não cumpre se não confia no médico. Desta forma, torna-se essencial compreender ambos os modelos explicativos, para que possa existir uma comunicação na base do respeito e propiciar a criação de uma aliança terapêutica que potencie a adesão à prescrição médica.

Como podemos compreender, existem diversos fatores psicossociais que afetam a forma como o idoso age em relação à manutenção da sua saúde e qualidade de vida, sobretudo quando estas dependem da adesão a uma determinada prescrição médica ou terapêutica. De seguida, veremos com maior profundidade a realidade da população idosa face ao seu estado de saúde e tentaremos abordar, com maior detalhe, os fatores que influenciam o processo de adesão às prescrições médicas.

Características específicas do estado de saúde da população idosa

A realidade dos idosos apresenta algumas características específicas quer do ponto de vista interno dos indivíduos, quer do ponto de vista externo dos mesmos. Internamente, surgem alterações, por exemplo, no funcionamento cognitivo e mudanças em termos de necessidades psicológicas. Um organismo envelhecido, sobretudo quando em situações de *stress*, poderá ter maior dificuldade em manter o equilíbrio do seu funcionamento, o que, por sua vez, gerará processos patológicos (Cancela, 2007). Externamente, existem situações e eventos que provocam também a necessidade de adaptação do idoso, como é o caso da mudança de papéis sociais, a perda de familiares e amigos, bem como a própria forma como a sociedade vê e aborda o idoso (Vecchia et al., 2005). Tudo isto, com maior ou menor peso, influencia a qualidade de vida do idoso e a forma como este reage aos cuidados médicos necessários.

Como já referimos anteriormente, o avançar da idade aumenta a probabilidade e os riscos associados ao desenvolvimento de doenças, sobretudo crónicas. Passa a existir uma maior necessidade de recorrer a tratamentos e medicação, com maior frequência e continuidade no tempo, para controlar o agravamento de doenças e complicações geriátricas (Kadushin & Egan, 2008). Isto torna a gestão da medicação nos idosos um ponto-chave para a manutenção da saúde, bem-estar e qualidade de vida dos mesmos. Contudo, a gestão da medicação é influenciada por diversos fatores psicossociais, como é o caso das dificuldades cognitivas (e.g. perda de memória) e a existência de sintomas depressivos (e.g. auto-desvalorização), sintomas estes associados ao avançar da idade (Meredith, Feldman, Frey, Hall, Arnold, Brown, & Ray, 2001; Arlt, Lindner, Rösler, & von Renteln-Kruse, 2008) e que tornam mais difícil a adesão e gestão da medicação por parte dos idosos.

A realidade dos idosos apresenta ainda outras características que importam referir e procurar compreender, como é o caso da “multimedicação”. A “multimedicação” diz respeito à toma de variados e diferentes tipos de medicamentos em simultâneo (Arlt et al., 2008). Vik, Hogan, Patten, Johnson, Romonko-Slack, & Maxell (2006) afirmam mesmo que as pessoas acima dos 65 anos de idade tendem a consumir uma quantidade desproporcional de medicamentos prescritos, devido ao aumento de comorbilidades a controlar e a requerer prescrição médica ou terapêutica, o que traz aos idosos, mais uma vez, a necessidade de serem capazes de gerir o cumprimento das suas medicações de forma eficaz.

Outra realidade frequente nos idosos é, segundo Blaxter e Britten (1996), o facto de estes utilizarem os medicamentos como um último recurso a ser utilizado quando necessário em vez de tal como prescrito pelos cuidadores de saúde. Isto significa que os doentes apenas tomam a sua medicação quando julgam ser estritamente necessário, não havendo então o nível de adesão à medicação prescrita desejada

Para compreendermos melhor os comportamentos de adesão, abordaremos de seguida alguns conceitos importantes e relevantes para este processo, bem como os fatores que influenciam o processo de adesão à medicação nos idosos.

Gestão da Medicamentação: Comportamentos de Adesão à Medicação nos Idosos

A gestão da medicação nos idosos é uma componente fulcral para que uma prescrição possa ter efeito e ser bem-sucedida ao nível da recuperação ou manutenção do estado de saúde do idoso (Kadushin & Egan, 2008). Segundo Meredith e colaboradores (2001), um terço dos pacientes que toma medicação em casa experimenta, por exemplo, problemas ou erros com a toma dos seus medicamentos, e Kripalani, Yao, e Haynes (2007) sugerem que entre 20 a 50% da população apresenta uma fraca adesão à

medicação, aumentando, assim, a probabilidade da terapêutica falhar e de um aumento do risco de complicações de saúde.

Segundo um relatório da Organização Mundial de Saúde (2003), isto pode dever-se a diversos fatores, desde o aspeto social e económico a aspetos mais individuais, como é o caso das crenças de saúde do paciente ou a especificidade de uma terapêutica. Por exemplo: seguir corretamente uma prescrição médica implica uma série de passos, tais como compreender a informação sobre como usar o medicamento, abrir e retirar o medicamento da embalagem, preparar o medicamento e tomá-lo (Notenboom & colaboradores, 2014). Associadas a estes passos estão algumas capacidades cognitivas, as quais, como veremos, tendem a deteriorar-se com a idade, podendo dificultar a adesão às prescrições médicas.

Banning (2008) afirma que o comportamento de “seguir a toma da medicação” pode ser definido em função da forma como um indivíduo adere a um regime medicamentoso. Este comportamento tem sido associado e descrito muitas vezes como sinónimo de outros conceitos, como é o caso da “adesão”, “concordância” e “cumprimento” de um regime medicamentoso, sendo por isso importante destringer e diferenciar, em primeiro lugar, estes conceitos.

McElnay (2005) define “adesão” como: *“grau em que o comportamento de um paciente, em termos da toma de medicação, do seguimento de dietas ou do cumprimento de mudanças no seu estilo de vida, coincide com o aconselhamento dado pelos profissionais de saúde”* (p. 20). No que diz respeito à “concordância”, Pound, Britten, Morgan, Yardley, Pope, Daker-White e Campbell (2005) definem-na como: *“o resultado antecipado da consulta entre médicos e pacientes acerca da toma de medicação”* (p. 134), o que significa que a qualidade da relação estabelecida entre médico e paciente é

determinante na obtenção de resultados positivos (adesão à medicação). O “cumprimento” da medicação diz respeito ao resultado obtido em função da concordância – se houver cumprimento, há adesão à prescrição médica ou terapêutica (Banning, 2008). Para uma compreensão e distinção mais clara entre conceitos, Banning (2008) sugere-nos que a adesão pode ser vista como o conceito principal, sendo a concordância o processo utilizado para permitir a adesão e o cumprimento o resultado do processo.

Do ponto de vista terapêutico, a adesão à prescrição medicamentosa é um dos fatores mais relevantes no que diz respeito à eficácia e segurança de um tratamento junto dos utentes (Arlt et al., 2008). De acordo com Kretchy, Owusu-Daaku e Danquah (2013), a adesão à medicação é, aliás, um dos principais comportamentos de saúde que permite melhorar a qualidade de vida dos pacientes, sendo que a não-adesão pode comprometer os resultados terapêuticos e influenciar a evolução da doença. Isto pode conduzir, por exemplo, a uma falha completa no tratamento e ao agravamento da doença, bem como à hospitalização ou re-hospitalização de doentes (Deegan, Watson, Nestor, Conlon, & Connaughton, 2005; Arlt et al., 2008; Kadushin & Egan, 2008).

A adesão pode ser usada como uma estratégia de *coping* pelos doentes com doença crónica, sendo que esta estratégia pode permitir aos mesmos a identificação das suas perceções sobre a doença e a forma como gerem a sua condição (Leventhal, 1992). Mas por outro lado Banning (2008) menciona que a forma como um paciente percebe a sua doença, em termos da sua etiologia, duração, controlo, cura e consequências, influencia a adesão do mesmo à medicação necessária.

A não-adesão pode ser compreendida ou classificada como intencional, sobretudo quando os pacientes procuram evitar os efeitos adversos dos medicamentos (Fernando, McKinstry, & Sheikh, 2006), ou não intencional, quando esta se encontra associada a

dificuldades cognitivas (Gray, Mahoney, & Blough, 2001), baixo nível educacional ou esquecimento (Banning, 2009), e se pauta pela ausência do cumprimento de um padrão de medicação bem estabelecido. Segundo sugerem alguns estudos, a não-adesão à medicação não depende do contexto em que esta é administrada, nem da idade do paciente (Arlt, Lindner, Rösler, & von Renteln-Kruse, 2008). No entanto, alguns dados revelam que, no caso da população idosa, as consequências da não-adesão são mais adversas, uma vez que, com a idade, desenvolvemos doenças crônicas associadas a condições geriátricas, como demência e perda de faculdades cognitivas (Arlt et al., 2008; Banning, 2009).

De acordo com a revisão realizada por Banning (2009), entre os factores associados à não-adesão encontram-se essencialmente os seguintes: acesso aos medicamentos, multimedicação, demência não diagnosticada, problemas com álcool, complexidade da prescrição, dificuldades sobre as instruções médicas, efeitos secundários como tonturas ou aumento de flatulência, fraco apoio social e fraca relação entre os prestadores de cuidados de saúde e paciente. A agregação destes variados factores pode resultar no aumento do risco da existência de um fraco controlo terapêutico, deterioração do estado de saúde e avaliações médicas enviesadas, pondo mesmo até em causa a correta revisão e atualização da medicação dos pacientes idosos (Banning, 2009).

Outro aspeto que surge como um fator importante na gestão da medicação e promoção da adesão é a participação ou a inclusão do paciente idoso no seu processo terapêutico. Existe uma tendência para sugerir que a população idosa deve ser passiva e não questionar as decisões médicas, devendo limitar-se apenas a aderir às suas prescrições medicamentosas e terapêuticas (Banning, 2008). Esta é uma visão paternalista e muitos autores defendem que se deveria adotar uma abordagem onde os profissionais de saúde promovem a participação dos utentes e partilham tomadas de decisão, com o objetivo de

aumentar assim a adesão dos utentes às prescrições de tratamentos e medicamentos (e.g. Maidment, Livingston, & Katona, 2002; Belcher, Fried, Agostini, & Tinetti, 2006). Uma prática sugerida neste aspeto é, por exemplo, a autoadministração de medicamentos por parte dos idosos.

De acordo com Davis (1991), a autoadministração de medicamentos diz respeito a situações em que os utentes são responsáveis por gerir o cumprimento de uma prescrição medicamentosa. Por outro lado, a automedicação define-se como “o uso de medicamentos para tratar doenças ou sintomas autodiagnosticados” (tal como citado por Koley, Saha, Ghosh, Ganguly, Arya, & Choubey, 2013). Neste sentido, é possível verificarmos que existem dois conceitos que podem ser confundidos e que necessitam ser diferenciados. Desta forma, a autoadministração é um comportamento de adesão à medicação que sucede uma prescrição médica, isto é, que requer o acompanhamento e aconselhamento de um profissional de saúde, e a automedicação é um comportamento de adesão que tem origem na própria decisão do indivíduo de se automedicar sem prescrição ou cuidados médicos associados.

A automedicação tem sido sugerida como uma alternativa por algumas organizações de saúde pública, como a Organização Mundial de Saúde, para o alívio eficaz e rápido de sintomas sem consulta médica, reduzindo os custos para os serviços de cuidados de saúde. Esta prática permite colmatar, por exemplo, a inacessibilidade a profissionais de saúde em áreas rurais e isoladas (Koley et al., 2013). No entanto, no contexto da realidade portuguesa, a automedicação é defendida pelo Ministério da Saúde apenas em alguns casos específicos, nomeadamente no que diz respeito ao uso de medicamentos não sujeitos a receita médica. De acordo com o *Despacho no 17690/2007 de 10 de Agosto do Ministério da Saúde* (2007), a “prática de automedicação tem de estar

limitada a situações clínicas bem definidas e deve efetuar-se de acordo com as especificações estabelecidas para aqueles medicamentos”.

A autoadministração significa que o paciente é responsável por gerir os medicamentos e a sua toma, nos horários e dosagens prescritas. Esta prática pressupõe que os pacientes se familiarizam com o medicamento, bem como com o seu uso correto (Ryan, 1999). A autoadministração, com maior ou menor supervisão, tem vindo a ser vista como uma boa política de gestão em saúde, uma vez que promove a autonomia e a colaboração entre pacientes e cuidadores (Deegan et al., 2005), no sentido em que uma boa relação terapêutica proporcionará a colaboração do paciente e consequentemente a sua adesão à prescrição.

O incentivo à autoadministração de medicamentos é visto como uma forma de permitir aos utentes a gestão da sua doença, sobretudo se crónica (Nolte, Elsworth, Newman, & Osborne, 2013), passando estes a ser capazes de tomar decisões e de aprender diversos aspetos relacionados com a sua condição numa base regular. A este nível, é possível compreendermos a necessidade e a pertinência da existência de apoios ou programas educacionais que permitam aos utentes uma autogestão da sua medicação e de outros comportamentos de saúde relevantes, como a alimentação saudável e a prática de exercício físico adequado (Nolte et al., 2013).

Como se tem vindo a referir, toda a gestão da medicação é influenciada por diversos fatores psicossociais, como é o caso, por exemplo, das dificuldades cognitivas (e.g. perda de memória), a existência de sintomas depressivos (e.g. auto-desvalorização) associados ao avançar da idade e das crenças de saúde quer dos idosos, quer dos prestadores de cuidados (Meredith et al., 2001; Arlt et al., 2008; Kadushin & Egan, 2008). De seguida, explorar-se-á em maior detalhe estes fatores.

Fatores que influenciam a adesão à medicação nos idosos

De acordo com a revisão realizada por Banning (2008), existem fatores de risco específicos associados à adesão medicamentosa nos idosos, tais como dificuldades cognitivas, literacia na saúde, incapacidade de gerir os regimes medicamentosos, mudanças no estilo de vida provocadas por eventos sociais e a existência de efeitos secundários da medicação pouco desejados ou embaraçosos.

Com base na revisão da literatura, apresenta-se de seguida três grupos de fatores que influenciam a gestão da medicação nos idosos e, por consequência, o nível de adesão dos mesmos às prescrições médicas.

A. O impacto do funcionamento cognitivo na adesão à medicação e tratamentos na população idosa

As dificuldades cognitivas e a existência de sintomas depressivos são dois factores de risco importantes associados à não-adesão medicamentosa nos idosos (Arlt et al., 2008). A demência e a doença de Alzheimer, associadas à diminuição das capacidades cognitivas com a idade, por exemplo, são comorbilidades que têm sido frequentemente associadas a uma fraca adesão às prescrições médicas nos idosos (Arlt et al., 2008). A não-adesão da população idosa à medicação prescrita faz com que estas doenças se agravem, como já foi discutido anteriormente.

Anstey e Low (2004) sugerem que as capacidades cognitivas incluem a perceção, a memória, a capacidade de julgamento, a velocidade de processamento, a manipulação espacial e o raciocínio. Não obstante, é importante lembrar que o envelhecimento e as suas consequências do ponto de vista cognitivo não são lineares, uma vez que o processo de envelhecimento não é homogéneo, isto é, igual para todas as pessoas. O

envelhecimento preceptivo, por exemplo, é muito diferenciado (Cancela, 2007). Enquanto o olfato, o gosto e a cinestesia são menos afetada pela idade, a audição, a visão e o equilíbrio são fortemente afetadas (Cancela, 2007). A deterioração destas faculdades contribuem para uma gestão menos eficaz da autoadministração medicamentosa, uma vez que são faculdades cognitivas requeridas para uma correta leitura e coordenação motora inerentes aos comportamentos de autoadministração.

De acordo com Spar e La Rue (2005), a capacidade de compreender mensagens longas ou complexas, bem como a necessidade de evocar informação em memória, pode diminuir com a idade, afetando assim o processo de adesão dos idosos às prescrições médicas, uma vez que necessitam, por vezes, de gerir uma grande quantidade de prescrições, dadas as suas diversas comorbilidades. Em relação às capacidades visuais, tendemos a continuar a ser capazes de reconhecer lugares e faces familiares, mas tendemos a perder a capacidade de reconhecer e reproduzir objetos e formas novas. Do ponto de vista motor, com a idade tendemos a ser mais lentos e a ter mais dificuldade em desempenhar tarefas que obedeçam a sequências complexas de comportamento, sobretudo quando estão envolvidas as capacidades de planear, executar e avaliar.

Um aspeto igualmente a ter em consideração é a vulnerabilidade dos idosos a sintomas depressivos (Ávila & Bottino, 2006). Associado ao envelhecimento está um conjunto de vivências, como as perdas quer de pessoas, quer de capacidades, que acentuam quadros depressivos. Estas vivências tendem, de acordo com Ávila e Bottino (2006), a espelhar uma redução da vida social do idoso, uma diminuição do apoio social e familiar do mesmo, bem como um declínio da saúde, pois as emoções, como tristeza e a existência de sofrimento emocional, interferem com o funcionamento cognitivo dos mesmos. A depressão nos idosos conduz, muitas vezes, à redução do funcionamento cognitivo, existindo modificações ao nível da memória, da atenção e das funções

executivas, por exemplo. Isto representa implicações ao nível da adesão, dificultando não só através das faculdades cognitivas necessárias, mas também ao nível motivacional do paciente para cumprir com a medicação.

B. O impacto da institucionalização dos idosos na adesão à medicação e tratamentos médicos

Um fenómeno importante e com influência considerável na acentuação dos sintomas depressivos nos idosos é a institucionalização dos mesmos. A institucionalização representa um conjunto de práticas e ideias bem definidas que, em muitos casos, se traduzem numa estrutura física, as instituições (Oliveira de Santana, Coutinho, Ramos, Souza dos Santos, Lemos, & Silva, 2012). Estas instituições são, geralmente, espaços sociais para idosos que não têm apoio familiar ou condições para sobreviverem sozinhos (Herédia, Cortelletti, & Casara, 2004). Contudo, se por um lado estas instituições são cada vez mais frequentes, devido a diversas mudanças sociais e económicas nos últimos tempos (Almeida, 2011) e porque permitem o acolhimento, abrigo e proteção dos idosos, por outro conduzem também ao afastamento e isolamento social dos mesmos, com quebras dos vínculos entre o indivíduo, a família e a sociedade (Araújo, Coutinho, e Santos, 2006).

Dada a crescente necessidade das famílias cuidarem dos seus familiares mais idosos, de uma forma mais continuada e cuidada no tempo, outras alternativas têm surgido aos lares ou casas de repouso para idosos, como é o caso dos centros de dia ou do desenvolvimento de cuidados residenciais que passam pela construção ou disponibilização de complexos residenciais, pensados e desenhados para a população mais idosa (Cheng, Rosenberg, Wang, Yang, & Li, 2011).

De acordo com Zhan, Liu e Guan (2006), os idosos que vivem nestas residências estão nestas condições essencialmente devido à indisponibilidade de tempo de outros para lhes prestar o apoio necessário e porque sentem que a sua qualidade de vida é maior ali do que em casa. Estes autores sugerem que os idosos residentes têm inclusive um bem-estar psicológico maior e participam em atividades sociais com mais frequência. Cheng e colaboradores (2011) sugerem ainda que, além de existirem poucos estudos sobre a relação entre o bem-estar e a saúde nos utentes idosos alocados em residências, existe também a necessidade de uma análise que tenha em conta as perspetivas dos idosos, das famílias e dos profissionais envolvidos na manutenção das residências.

C. O impacto das crenças de saúde dos idosos sobre a sua saúde, a medicina e os médicos

De acordo com Gochman (1997), os comportamentos de saúde dizem não só respeito a comportamentos concretos, como também a perceções, crenças, valores, expectativas, estados emocionais e afetivos das pessoas. Segundo DiMatteo e DiNicola (cit. por Joyce-Moniz & Barros, 2005) o doente que não está satisfeito com a atitude do médico não cumpre o tratamento estabelecido. Deste modo, as crenças de saúde dos idosos afetam, com maior ou menor impacto, a adesão dos mesmos à medicação e prescrições terapêuticas.

Embora o risco de doença aumente com a idade, ter uma saúde menos boa não é um resultado inevitável do envelhecimento (Weltzien, 2007). Ainda assim, esta crença afeta a forma como as pessoas percecionam a saúde à medida que envelhecem. Um estudo de Sarkisian e colaboradores (2002) demonstrou que mais de 50% dos participantes esperava tornar-se depressiva, mais dependente, ter mais dores e menos energia, com o seu envelhecimento. Outros estudos têm demonstrado que estas crenças associadas a uma

menor capacitação dos idosos funcionam como uma barreira à manutenção da saúde dos idosos: aqueles que acreditam que os problemas de saúde fazem parte do envelhecimento tendem a estar menos dispostos a envolverem-se em comportamentos de saúde (Weltzien, 2007).

As crenças dos idosos em relação à medicação resultam das suas experiências passadas com medicamentos e os efeitos a longo-prazo dos mesmos, como a perda de memória ou tonturas induzidas (Lumme-Sandt, Hervonen, & Jylha, 2000), fazendo com que os idosos projetem essas mesmas experiências em prescrições medicamentosas futuras e não adiram às mesmas. Por outro lado, as experiências positivas do passado facilitam a sua adesão.

A percepção do risco associado à doença também influencia a adesão às prescrições médicas (Banning, 2008) e no caso particular dos idosos a percepção dos benefícios, a segurança e a eficácia dos medicamentos, em termos de prevenção ou melhoria do estado de saúde também são fatores que determinam a adesão a uma determinada prescrição (Johnson, Williams, & Marshall, 1999; Benson & Britten, 2002).

A percepção e a aceitação da doença são fatores preponderantes para uma maior ou menor adesão à medicação. Neste sentido, é fundamental que o idoso reconheça a importância da sua condição, o papel que a medicação tem na gestão de sintomas e as alterações necessárias e inerentes à toma de medicação (Dowell & Hudson, 1997). Ao perceber que a doença será controlada pela medicação com sucesso, a probabilidade de aderir à mesma será maior. O mesmo sucede em relação à aceitação desta necessidade: se o paciente idoso perceber e aceitar que a medicação é um requisito fundamental para a manutenção da sua saúde, então o seu nível de adesão será maior.

O Estudo dos Comportamentos de Adesão à Medicação na População Idosa:

Considerações Finais

Os estudos que procuram compreender o que afeta a adesão à medicação nos idosos são ainda poucos e limitados (Notenboom et al., 2014), sobretudo os de natureza qualitativa que investigam a adesão do paciente ou as crenças do mesmo sobre a toma de medicação (Banning, 2008). Este conhecimento revela-se importante, sobretudo quando temos em conta que na população idosa a margem entre benefícios e efeitos secundários dos medicamentos é menor e que, portanto, urge um maior cuidado e controlo da medicação (Ryan, 1999). Além disso, a realidade dos idosos é uma realidade particular, dado o aumento de complicações de saúde e a necessidade de tomar vários medicamentos em conjunto, o que pode provocar reações adversas e até mesmo erros na toma (Ryan, 1999).

Ao longo das últimas décadas, cerca de 200 variáveis foram identificadas como sendo relevantes para o estudo do cumprimento da medicação (Banning, 2008) quer através de estudos quantitativos, quer através de estudos qualitativos. Contudo, poucos estudos têm demonstrado uma relação que permita prever a adesão à medicação (Vermiere, Hearnshaw, Van Royen, & Denekens, 2001), sendo necessária uma aposta mais firme na investigação das crenças e perspetivas sobre a adesão às prescrições médicas junto dos pacientes (Banning, 2008).

Por todos os motivos referidos, nesta dissertação irá realizar-se um estudo exploratório que tem como objetivo geral a exploração das relações entre a qualidade de vida, o funcionamento cognitivo, a capacidade funcional e os níveis de adesão aos tratamentos e prescrições médicas, em idosos institucionalizados numa área residencial do Centro de Apoio Social da Forças Armadas em Oeiras.

Decorrentes do objetivo geral traçado, passa-se a elencar os seguintes objetivos específicos que irão orientar o presente estudo na população supracitada:

Objetivo 1: Descrição dos níveis de Cognição e de Funcionalidade.

Objetivo 2: Descrição dos Níveis de Depressão e Sintomatologia Psicopatológica.

Objetivo 3: Descrição de Crenças face à medicina, face aos médicos e face aos medicamentos.

Objetivo 4: Descrição dos níveis de adesão à medicação e aos tratamentos.

Objetivo 5: Relacionar os níveis de adesão à medicação e tratamentos, com as crenças relativas aos medicamentos, médicos e medicina.

Objetivo 6: Analisar as diferenças dos níveis de adesão em função do funcionamento cognitivo.

Objetivo 7: Analisar as diferenças dos níveis de adesão em função dos níveis de depressão.

Objetivo 8: Analisar os níveis de adesão em função das variáveis sociodemográficas.

CAPÍTULO 2. METODOLOGIA

Este capítulo é composto por quatro pontos. No primeiro é realizada a caracterização dos participantes, no segundo faz-se uma descrição dos instrumentos utilizados no presente estudo e no terceiro e no quarto são abordados, respetivamente, o procedimentos de recolha da amostra e de análise de dados.

2.1. - Procedimentos de recolha da amostra

A recolha da amostra foi feita na área funcional 1 (AF1) para pessoas idosas do Centro de Apoio Social de Oeiras (CASO), instituição que interessa caracterizar por assumir especificidades muito próprias. O Centro de Apoio Social de Oeiras é um dos 4 centros sociais que pertence ao Instituto de Ação Social das Forças Armadas (IASFA). São complexos multidisciplinares com vários serviços de apoio aos militares e à sua família. O CASO é o centro de maiores dimensões a nível nacional, com inúmeras valências de serviços disponíveis que vão desde apoio médico, ao apoio financeiro e social; este Centro é composto por duas áreas funcionais (AF): AF1 (Zona Residencial) destinada a beneficiários autónomos, em situação de algum risco de perda de independência e, ou autonomia e parcialmente dependentes para a prática das atividades de básicas e instrumentais da vida diária; e a AF2 (Centro de Recuperação/Internamento) destinado a beneficiários com dependência moderada ou grave que não reúnam critérios para serem admitidos e, ou permanecer na UF1.

Após a autorização (Anexo 1) para a recolha de dados por parte do CASO do IASFA, procedeu-se à aplicação dos instrumentos. Procurou-se que os participantes que constituem a amostra cumprissem os seguintes requisitos: 1) pessoas com mais de 65 anos, de ambos os sexos, leigas em medicina; 2) com condições físicas e cognitivas mínimas para responderem aos instrumentos de medida; 3) domínio da língua portuguesa

e capacidade de compreender e responder às questões que seriam colocadas e 4) utentes inseridos na AF1. A recolha de dados realizou-se entre Abril a Junho de 2015 no instituto mencionado anteriormente. A amostra consistiu em 47 utentes, que participaram voluntariamente e aos quais foi pedido previamente a sua autorização na participação do estudo, através da leitura e assinatura do consentimento informado (Anexo 2). A escolha da amostra foi realizada por conveniência do autor.

2.2. - Participantes

A amostra deste estudo foi constituída por um total de 47 participantes residentes na Unidade Funcional 1 do Centro de Apoio Social de Oeiras, 32 femininos (31,9%), 15 masculinos (68,1%). Como se pode verificar na tabela 1 as idades dos participantes variam entre os 74 e os 95 anos ($M=85$ anos). Relativamente ao estado civil observa-se que 24 (51,1%) encontram-se casados, 20 (42,6%) são viúvos e finalmente 3 (6,4%) estão divorciados. No que toca ao nível de escolaridade 19 (40,4%) completaram o 1º ciclo, 6 (12,8%) o 2º ciclo, 3 (6,4%) o ensino secundário, 12 (25,5%) o ensino médio e 7 (14,9%) o ensino superior.

No que diz respeito à categoria profissional antes da reforma 18 participantes (38,8%) encontram-se na categoria doméstica, 14 (29,8%) são do quadro técnico, 11 (23,4%) do quadro médio e 4 (8,5%) desempenharam funções de quadro superior. Verifica-se também que 42 (89,4%) dos participantes da amostra têm filhos. Observa-se ainda que 19 indivíduos (40,4 %) vivem com o cônjuge, 6 (2,8%) com um companheiro, 4 (8,5%) responderam com a opção “outro” e que 18 dos sujeitos (38,3%) vivem sozinhos. No que concerne à existência de um cuidador apenas 1 utente (2,1%) relata necessitar de um. Verificar-se que apenas 1 sujeito (2,1%) afirma não ter qualquer tipo de doenças enquanto os restantes 46 (97,9%) revelam ter alguma doença. Observa-se as mesmas

frequências no que toca à necessidade de medicação, existindo apenas 1 (2,1%) sujeito que afirma não tomar qualquer tipo de medicação. No que toca à medicação, todos os sujeitos (100%) que a tomam são responsáveis pela gestão desta. Para terminar é possível observar que 17 (36,2%) dos participantes referem a necessidade de consultas médicas mensais, em contrapartida os restantes 30 (63,8%) não revelam esta necessidade.

Tabela 1

Caraterísticas Sociodemográficas da amostra

	Frequências	Percentagens	Média
Sexo			
Masculino	15	31,9	
Feminino	32	68,1	
Idade			84,68
Escolaridade			
1º Ciclo (1º ao 4ºano)	19	40,4	
2º Ciclo (7º ao 9º ano)	6	12,8	
Ensino secundário (10º ao 11º ano)	3	6,4	
Ensino médio	12	25,5	
Ensino superior	7	14,9	
Categoria Profissional			
Doméstica	18	38,3	
Quadro técnico	14	29,8	
Quadro médio	11	23,4	
Quadro Superior	4	8,5	
Filho			
Tem	42	89,4	
Não tem	5	10,6	
Com quem vive			
Cônjuge	19	40,4	
Companheiro	6	12,8	
Sozinho	18	38,3	
Outro	4	8,5	
Cuidador			
Tem	1	2,1	
Não tem	46	97,9	
Tem Doenças			
Sim	46	97,9	
Não	1	2,1	
Toma medicação			
Sim	46	97,9	
Não	1	2,1	
Gestão da medicação			
Próprio	47	100	
Outro	0	0	

Consultas mensais		
Sim	17	36,2
Não	30	63,8
N=47		

2.3. - Instrumentos

A fim de fazer uma abordagem exploratória do tema, no sentido de melhor compreender a *adesão à medicação na população idosa*, será utilizada uma bateria de testes e questionários: 1) Questionário sociodemográfico (QSD); 2) Mini Exame do Estado Mental (MEEM; Folstein, Folstein & McHugh 1975, traduzido e adaptado por Guerreiro et al., 1994); 3) Índice de *Barthel* (Barthel e Mahoney 1965, traduzido e adaptado por Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007); 4) Questionário medida de adesão ao tratamento (MAT; Delgado e Lima, 2001); 5) Escala de adesão aos medicamentos (EAM; Horne, Weinman e Hankins 1997, traduzida e adaptada por Pereira e Silva, 1999); 6) Questionário de crenças em relação aos medicamentos (QCM-Geral; Horne, Weinman e Hankins em 1997, traduzida e adaptada por Pereira e Silva, 1998); 7) Escala de Atitudes face aos médicos e face à medicina (ADMS; Mateau, 1990, traduzida e adaptada por Pereira e Silva, 1999); 8) A Escala de Depressão Geriátrica – 15 (EDG – 15; Yesavage e colegas, 1983, traduzida e adaptada por Apóstolo e colaboradores, 2014); 9) Inventário Breve de Sintomas (BSI; Derogatis, 1982; traduzida e adaptada por Canavarro, 1999, 2007).

2.3.1. - Questionário sociodemográfico (QSD)

Foi elaborado um questionário sociodemográfico (Anexo 3), com o propósito de recolher dados sociodemográficos. Com este questionário pretende-se recolher informações relativamente à idade dos participantes, ao género, área profissional, escolaridade, situação familiar e informações acerca do quadro clínico.

2.3.2.- Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Anexo 4), corresponde à versão traduzida do *Mini Mental State Examination* (Folstein, Folstein & McHugh 1975, traduzido e adaptado por Guerreiro et al., 1994). Esta prova foi construída com o intuito de analisar a deterioração cognitiva da pessoa. Para tal são avaliadas várias funções cognitivas nomeadamente orientação (temporal e espacial), cálculo e atenção, linguagem, memória e capacidades visuoespaciais.

A prova é constituída por 30 itens que avaliam as cinco categorias citadas. O resultado final é calculado através da soma das pontuações obtidas pelo sujeito na prova, podendo este resultado variar de 0 a 30. O MEEM possui pontos de corte aplicados ao resultado final, consoante a escolaridade dos indivíduos. Na população portuguesa considera-se com defeito cognitivo, indivíduos com idades superiores aos 40 anos: analfabetos e com uma pontuação final menor ou igual que 15; indivíduos com uma escolaridade de 1 a 11 anos e com pontuações inferiores ou iguais a 22; e sujeitos com escolaridade superior a 11 anos e com pontuações inferiores ou iguais a 27 (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009).

Segundo Guerreiro e colegas (1994) esta prova apresenta bons valores teste-reteste apresentando dados adequados de fiabilidade como referido no *abstract* da comunicação apresentada oralmente numa reunião da Sociedade Portuguesa de Neurologia.

2.3.3.- Índice de Barthel

O Índice de *Barthel* (Anexo 5), foi desenvolvido por Barthel e Mahoney em 1965 com o objetivo de avaliar o nível de dependência do indivíduo nas suas tarefas diárias. O instrumento encontra-se traduzido e adaptado para Portugal (Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007).

É composto por 10 itens que avaliam a capacidade do sujeito em realizar atividades básicas do seu dia-a-dia, designadamente alimentação, banho, higiene pessoal, capacidade de se vestir, utilização dos sanitários, eliminação (intestinal e vesical), transferência da cama para cadeira, mobilidade e subir e descer escadas. O resultado final corresponde à soma dos vários itens, podendo os resultados variar de zero (0) a cem (100). Valores mais baixos indicam maiores níveis de dependência.

As propriedades psicométricas da versão portuguesa revelam uma boa consistência interna apresentando esta um alfa de *Chronbach* de 0,96. Quando efetuada a correlação itens-escala total os resultados variam entre 0,66 e 0,93. A análise fatorial de componentes com rotação *varimax* comprova a natureza unidimensional do instrumento. Finalmente quando efetuado um estudo de validade convergente os autores verificam que o instrumento apresenta uma correlação significativa e positiva ($r = .84$, $p < .01$) com a escala de Lawton e Brody de 1969 traduzindo uma boa validade de constructo.

2.3.4.- Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)

Com intuito de medir a adesão aos tratamentos medicamentosos Delgado e Lima (2001) (Anexo 6), construíram o questionário medida de adesão ao tratamento (MAT), sendo este constituído por sete itens. Os itens são respondidos numa escala de *Likert* de 6 pontos, que vão desde 1= sempre a 6 = nunca.

Ao construírem a escala os autores, para os itens 1,2, 3 e 4 procederam a uma adaptação dos propostos por Morisky (1996, cit. por Delgado & Lima 2001). O item 6 também foi adaptado de Ramalhinho (1994, cit. por Delgado & Lima 2001).

A cotação do questionário é feita através da média dos vários itens. Valores mais elevados representam um maior nível de adesão ao tratamento.

No que diz respeito às propriedades psicométricas do instrumento os dados recolhidos revelam uma consistência interna boa, apresentando este instrumento um alfa

de *Chronbach* 0,74. Quando analisadas as correlações dos total-itens os valores indicam que cada um dos 7 itens contribui significativamente para a consistência da prova, não sendo necessária a exclusão de qualquer um dos itens.

Ainda com o intuito de aprofundar a validação deste questionário os autores efetuaram uma correlação entre a medida deste e o nível de adesão aos tratamentos feita através da contagem dos medicamentos. Concluindo-se com isto que a relação entre os resultados do questionário e a adesão aferida pela contagem é elevada e significativa.

2.3.5.- Escala de Adesão aos Medicamentos (EAM)

A escala de adesão aos medicamentos (EAM) (Anexo 7), corresponde à versão portuguesa adaptada por Pereira e Silva (1999) do *Reported Adherence to Medication Scale* (RAM) desenvolvida em 1997 por Horne, Weinman e Hankins. As autoras desenvolveram este instrumento, por considerarem que os instrumentos de autorrelato existentes na altura não se demonstravam adequados. Uma vez que estes instrumentos não eram específicos relativamente à medicação prescrita e por não possibilitarem o registo e a frequência de alterações às prescrições feitas pelos próprios utentes. Assim, esta escala foi construída com o objetivo de medir os níveis de adesão dos indivíduos à medicação, procurando-se também verificar a frequência em que estes modificam as prescrições médicas.

A escala é composta por 4 itens relativos à adesão. Dois destes itens procuram avaliar a frequência com que os indivíduos se esquecem ou alteram as prescrições consoante as suas necessidades próprias. Os restantes dois itens referem-se à frequência destes comportamentos. Os itens são cotados numa escala de tipo Likert de 5 pontos, sendo os dois primeiros de cotação invertida (1=concordo totalmente; 2=concordo; 3=não tenho a certeza; 4=discordo; 5=discordo totalmente). Os restantes itens são formulados como questões diretas, nos quais os indivíduos indicam a frequência com que se ajustam

ou esquecem da sua medicação. A sua cotação é feita numa escala de 5 pontos (5=nunca; 4=raramente; 3=às vezes; 2=muitas vezes; 1=quase sempre).

O resultado final calcula-se através da soma dos 4 itens podendo os valores finais variar entre 4 e 20, sendo que valores mais elevados indicam maiores níveis de adesão.

No que toca às características psicométricas da versão portuguesa esta revela uma consistência interna, apresentado um alfa de *Chronbach* 0,70. No que diz respeito aos itens, todos apresentam uma correlação com o resultado total acima de 0,30 indicando uma boa consistência interna da escala.

2.3.6.- Questionário de crenças em relação aos medicamentos (QCM-Geral)

O questionário de crenças em relação aos medicamentos (QCM-Geral) (Anexo 8), corresponde à versão portuguesa do *Beliefs About Medicines Questionnaire*, desenvolvido por Horne, Weinman e Hankins em 1997 apresentada por Pereira e Silva (1998). Este questionário foi desenvolvido com o objetivo de avaliar as várias representações cognitivas que os indivíduos fazem acerca dos medicamentos. As várias crenças avaliadas podem dizer respeito à utilização de fármacos no geral, ou no caso de indivíduos com uma doença específica pode-se avaliar as crenças destes relativamente aos medicamentos prescritos para o seu problema específico.

O questionário de crenças acerca dos medicamentos é então constituído por duas secções. A QCM- Especifica e a QCM-Geral. Neste estudo utiliza-se apenas a QCM-Geral.

A QCM-Geral, compreende duas subescalas, ambas constituídas por 4 itens. A primeira subescala intitula-se “efeitos nocivos” e avalia as crenças do indivíduo relacionadas com potenciais efeitos nocivos, tóxicos e aditivos dos medicamentos. A segunda subescala avalia crenças relacionadas com a possível prescrição medicamentosa em excesso por parte dos médicos, intitulando-se “uso excessivo”. Ambas as escalas são

do tipo *Likert* de 5 pontos (1=discordo totalmente; 2=discordo; 3=não tenho a certeza; 4=concordo; 5=concordo totalmente), sendo que o resultado final de ambas corresponde ao somatório dos itens que as constituem. A subescala “efeitos nocivos” é constituída pelos itens 2, 3, 5 e 6, e valores mais elevados nesta subescala revelam crenças mais fortes acerca do potencial nocivo dos fármacos. A subescala “uso excessivo” é constituída pelos itens 1, 4, 7 e 8, e quanto mais altos forem os valores nesta subescala, maior é a crença de que os fármacos são prescritos em excesso pelos médicos.

Relativamente às características psicométricas da versão portuguesa os autores verificaram um valor de 0,713 para o alfa *Chronbach*, um valor de 0,690 para a subescala de “uso excessivo” e 0,463 para os “efeitos nocivos”, indo estes valores ao encontro dos resultados encontrados no estudo original. Quando avaliada a correlação item-total verifica-se que apenas um dos oito itens apresenta uma baixa correlação com o total (0,20).

Nos testes psicométricos deste questionário foi também realizado uma análise das correlações entre as duas subescalas e o nível de adesão aos medicamentos. No estudo da versão adaptada verificou-se, como previsto, que ambas as subescalas revelaram uma correlação negativa significativa com a escala de adesão aos medicamentos (EAM). Na subescala “uso excessivo” a correlação encontrada ($r = -.13, p < 0,05$). A subescala “efeitos nocivos” obteve valores de ($r = -.14, p < 0,05$), sendo este valor superior aos encontrados no estudo original. Ainda com o objetivo de investigar a validade do constructo as autoras procederam uma análise fatorial de componentes, seguindo o procedimento do estudo original. Os resultados da organização dos itens explicam 52.9% da variância, indo de encontro à estrutura obtida pelos autores da versão original. O fator 1 foi responsável por 39.2% da variância, sendo constituído pelos itens 1,4, 7 e 8 da dimensão Uso Excessivo. O fator 2, foi responsável por 13.7% da variância, sendo constituído pelos itens 2, 5 e 6

da dimensão efeitos Nocivos. Conclui-se que na versão portuguesa o instrumento avalia os dois domínios propostos. Pereira e Silva (1998) verificaram também na amostra portuguesa que a eliminação do item 3 contribui para aumentar a consistência interna global, bem como a da subescala em que se insere, uma vez que é o único que apresenta uma correlação baixa com o total da dimensão respetiva.

De acordo com estes dados as autoras optaram por eliminar o item 3 na versão final do instrumento. Devido a esta modificação os valores dos somatórios, na versão final, das subescalas variam para “uso excessivo” entre 4 e 20 pontos e 3 e 15 para “efeitos nocivos”. Com a exclusão do item 3 a homogeneidade do instrumento passou a ser de 0.736 para a escala global e de 0.554 para a subescala “efeitos nocivos”.

2.3.7. - Escala de Atitudes face aos médicos e face à medicina (ADMS)

Escala de Atitudes face aos médicos e face à medicina (ADMS) (Anexo 9), corresponde à versão portuguesa do *Beliefs About Medicines Questionnaire*, este questionário foi desenvolvido por Mateau em 1990 e traduzida para a população portuguesa por Pereira e Silva (1999) com o objetivo de avaliar as atitudes de vários indivíduos ou grupos face aos médicos e à medicina.

A escala é constituída por 17 itens respondidos através de escalas de *Likert* de 6 pontos, que vão desde 1=Discordo Totalmente a 6=Concordo Totalmente e divididos por 4 subescalas: 1) atitudes positivas face aos médicos, constituída pelos itens 1, 5, 9 e 6; 2) atitudes negativas face aos médicos é formada pelos itens 3, 7, 12, 14, e 17; 3) atitudes positivas face à medicina, que integra os itens 6, 10 e 19 e 4) atitudes negativas face à medicina, constituída pelos itens 4, 8, 13, 15 e 18.

Os resultados das diferentes subescalas são obtidos através dos somatórios dos respetivos itens. Valores mais elevados indicam atitudes mais fortes relativas à subescala correspondente.

As características psicométricas da versão portuguesa foram avaliadas em termos de fidelidade e validade. Relativamente à consistência interna geral o questionário revelou uma adequada consistência apresentado um alfa de *Chronbach* de 0.653. No que diz respeito às subescalas o alfa obtido foi de 0.633 para a sub-escala “Atitudes Positivas face aos Médicos”, 0.530 para “Atitudes Negativas face aos Médicos”, 0.318 para “Atitudes Positivas face à Medicina”, e 0.573 para “Atitudes Negativas face à Medicina”.

A análise aos itens revelou que 6 destes (itens 2, 7, 9, 10, 11 e 16) apresentam uma baixa correlação com o resultado total ($< 0,20$). Na versão final as autoras optaram por excluir os itens 2 e 11, uma vez que a exclusão destes aumenta significativamente a consistência interna do instrumento. Os restantes 4 itens mantiveram-se na prova pois a sua exclusão não influencia significativamente a consistência geral.

Finalmente para averiguar a validade do constructo as autoras realizaram uma análise fatorial de componentes com rotação varimax e com uma definição prévia de 4 fatores. Foram encontradas algumas diferenças entre a versão portuguesa e o estudo original, no entanto as autoras verificaram que existe uma tendência para os itens se agruparem pelos quatro fatores considerado, embora pareça menos clara a discriminação entre as atitudes face aos médicos e as atitudes face à medicina. Os quatro fatores avaliados explicam 48,3% da variância total.

Face a estes resultados as autoras consideram que a versão portuguesa das Escalas de Atitudes face aos médicos e face à medicina apresentam uma razoável validade e consistência interna.

2.3.8.- Escala de Depressão Geriátrica -15 (EDG-15)

A Escala de Depressão Geriátrica – 15 (EDG - 15) (Anexo 10), corresponde à versão adaptada *Geriatric Depression Scale -15* por Apóstolo e colaboradores (2014), que é por sua vez uma adaptação do instrumento original desenvolvido por Yesavage e colegas (1983.) Este instrumento foi elaborado por forma a ter em conta as especificidades da população idosa, tentando contornar assim a maioria dos problemas associados à avaliação da depressão geriátrica.

Na sua versão original o instrumento é constituído por 30 itens, sendo que a versão reduzida aplicada no presente estudo, é constituída por 15 itens, que correspondem a afirmações que devem ser respondidas pelo sujeito de forma afirmativa ou negativa. Os itens podem ser cotados como valendo um ponto ou zero pontos consoante a resposta. Afirmações negativas nos itens 1, 5, 7, 11 e 13, devem ser pontuados com um ponto, enquanto afirmações positivas nos 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15, são cotadas com um ponto. Quando estas premissas não se verificam os itens são contados com zero pontos.

Para calcular a pontuação final realiza-se a soma dos valores obtidos nos vários itens. Valores finais de 0 a 5 correspondem a idosos normais. Pontuações superiores a 5 são indicativas de depressão.

No concerne à avaliação psicométrica da versão adaptada a prova revela uma boa consistência interna apresentado um alfa de *Chronbach* de 0,83. Os valores das correlações itens-total variam entre 0,21 e 0,63 não revelando itens problemáticos (Apóstolo et al., 2014).

2.3.9.- Inventário Breve de Sintomas (BSI)

O Inventário Breve de Sintomas corresponde à versão portuguesa do *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Anexo 11), desenvolvido por Derogatis em 1982 e adaptada para a

população portuguesa por Canavarro (1999, 2007). O instrumento tem como objetivo avaliar o estado psicológico, em termos de sintomas, e não a personalidade.

A prova foi construída sobre a forma de questionário de auto-relato, sendo este composto por 53 itens, divididos em nove escalas: Somatização (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37) refere-se à presença de queixas somáticas; Obsessão-Compulsão (itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36) identifica vários sintomas presentes nas síndromes obsessivo-compulsiva; Sensibilidade Interpessoal (itens 20, 21, 22 e 42) procura avaliar sentimentos de inadequação pessoal quando o indivíduo se compara com outros; Depressão (itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50) centra-se nos vários indicadores presentes na depressão clínica; Ansiedade (itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49) abrange vários indicadores gerais da presença de ansiedade; Hostilidade (itens 6, 13, 40, 41 e 46) avalia a presença de pensamentos, comportamentos e emoções característicos do estado afetivo associado à cólera; Ansiedade Fóbica (itens 8, 28, 31, 43 e 47) identifica manifestações de comportamentos fóbicos disruptivos; Ideação Paranoide (itens 4, 10, 24, 48 e 51) refere-se a um funcionamento cognitivo perturbado caracterizado pela hostilidade, suspeição e mecanismos projetivos e Psicoticíssimo (itens 3, 14, 34, 44 e 53) procura indicadores funcionamentos esquizoides e sintomas da esquizofrenia. A prova inclui ainda 4 itens adicionais (11, 25, 39 e 52) relacionados com a falta de apetite, problemas em adormecer, pensamentos de morte ou de morrer e sentimentos de culpa.

O BSI avalia também três índices adicionais: Gravidade global (GSI) – dá o nível de sofrimento do indivíduo; Índice de sintomas de sofrimento positivos (PSDI) – informa sobre o estilo de experiência de sofrimento do indivíduo; e Total de sintomas positivos (PST) – número de sintomas que o indivíduo refere sentir. Em conjunto com os outros itens, ajuda a perceber a extensão do sofrimento emocional do indivíduo.

Os estudos psicométricos da versão portuguesa do BSI revelaram que os vários itens do instrumento se encontram relacionados com a dimensão a que pertencem, variando as correlações entre 0,29 e 0,79. Os vários itens quando correlacionados com os índices globais apresentaram uma boa validade sendo que os valores das correlações 0,45 e 0,79. As nove dimensões quando correlacionadas com os índices globais apresentaram sempre valores estatísticos significativos ($p < .001$). Finalmente o instrumento revelou um bom poder discriminativo entre indivíduos que apresentam perturbações emocionais e que aqueles que não as apresentam, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (Canavarro, 2007).

2.4. – Procedimentos de análise de dados

Após a recolha de toda a amostra, procedeu-se à criação da base de dados, utilizando o *IBM SPSS Statistics 22*, que serviu para a análise dos dados e o tratamento dos resultados obtidos que será apresentado em seguida. Com base nos procedimentos de cotação de cada instrumento foram criadas as respetivas sintaxes no SPSS e obtiveram-se as pontuações para cada escala e subescala. Com exceção do BSI que foi cotado com o recurso ao programa Excel do Windows, sendo os dados posteriormente inseridos no SPSS.

Foram também criadas três novas variáveis: 1) a variável capacidade cognitiva foi criada com o intuito de agrupar os indivíduos com e sem défice cognitivo, consoante os seus resultados MEEM; 2) a variável autonomia foi criada a fim de agrupar os sujeitos autónomos e dependentes, consoante os resultados obtidos no Índice de *Barthel*; e 3) a variável depressão criada para agrupar os participantes deprimidos e normais, conforme os resultados do GDS.

De forma a descrever a amostra relativamente aos dados demográficos realizou-se uma análise descritiva destas variáveis. Para tal calcularam-se médias, frequências e percentagens atendo às características de variável em causa.

A fim de averiguar a distribuição das variáveis foram os testes Kolmogorov-Smirnov para a Normalidade e o teste de Levene para a Homogeneidade.

Foram realizadas análises de correlações bivariadas de forma a procurar a relação entre as variáveis.

Para verificar a existência de diferenças significativas entre grupos foram utilizados os testes: Kruskal-Wallis e Mann-Whitney, uma vez que as variáveis não cumpriram os requisitos de normalidade e homogeneidade.

CAPÍTULO 3. ANÁLISE DE RESULTADOS

Neste capítulo apresenta-se a análise de resultados, através da qual se pretendeu explorar os objetivos apresentados anteriormente. Os resultados apresentados serão expostos em várias partes. Primeiro será feita uma análise descritiva dos níveis cognitivos, de funcionalidade, depressão, sintomas psicopatológicos, crenças face à medicina, face aos medicamentos, face aos médicos e dos níveis de adesão à medicação e aos tratamentos. Em segundo lugar irão efetuar-se testes estatísticos de forma a averiguar a relação entre as variáveis em estudo.

Objetivo 1: Descrição dos níveis de Cognição e de Funcionalidade

De forma a caracterizar a amostra relativamente aos níveis cognitivos e de funcionalidade procedeu-se a uma análise separada das variáveis dimensionais e categorias.

Para a caracterização das diferentes variáveis dimensionais calcularam-se os resultados médios (M) e desvio-padrão (DP) dos sujeitos que constituem a amostra nos instrumentos (e respetivas subescalas) utilizados no presente estudo. Finalmente procurou-se averiguar a existência de diferenças entre sujeitos do sexo masculino e feminino nas variáveis em causa.

- Descrição dos níveis cognitivos

Para se avaliar os níveis cognitivos utilizou-se o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Os resultados totais neste instrumento encontram-se descritos na tabela 2. É possível observar que os resultados totais dos indivíduos variam entre 23 e 30 pontos, sendo a média dos resultados obtidos 28,23 e o desvio-padrão 1,82. Revelando que a

maioria dos indivíduos apresentou resultados elevados. Não se encontraram diferenças significativas entre homens e as mulheres relativamente ao funcionamento cognitivo.

Tabela 2

Caracterização do resultado final do MEEM na amostra total

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
MEEM Resultado Total	23	30	28,23	1,82

N=47

Na Tabela 3 apresenta-se a análise da distribuição dos indivíduos segundo o funcionamento cognitivo. Pode verificar-se que apenas 2 sujeitos apresentam defeitos cognitivos (4,3%), sendo que os restantes 45 (95,7%) apresentam um funcionamento cognitivo normal.

Tabela 3

Análise da distribuição do funcionamento cognitivo na amostra total

Funcionamento Cognitivo	Frequência	Percentagem
Com defeito cognitivo	2	4,3
Sem defeito cognitivo	45	95,7

N=47

- Descrição dos níveis de funcionalidade

Na tabela 4 apresenta-se o resultado total dos indivíduos no instrumento Índice de *Barthel*. Os resultados apresentados variam entre 90 e 100, sendo a média 99,68 e o desvio-padrão de 1,62. Verifica-se assim todos os sujeitos apresentam níveis altos de funcionalidade. Ao fazer-se uma análise com intuito de se procurar diferença entre géneros nesta variável, não se encontram diferenças significativas entre homens e mulheres.

Tabela 4

Caracterização do resultado final do Índice de *Barthel* na amostra total

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
<i>Barthel</i> Resultado Total	90	100	99,68	1,62

N=47

No que diz respeito à distribuição da amostra total relativamente à funcionalidade, como consta na tabela 5, verifica-se que todos os indivíduos (100%) são autónomos no seu funcionamento diário.

Tabela 5

Análise da distribuição da funcionalidade na amostra total

Funcionalidade	Frequência	Percentagem
Autónomo	47	100
Dependente	0	0

N=47

Objetivo 2: Descrição dos Níveis de Depressão e Sintomatologia Psicopatológica

De forma a caracterizar a amostra relativamente aos níveis de depressão e de sintomatologia psicopatológica realizou-se uma análise separada das variáveis dimensionais e categorias, obtidas através da Escala de Depressão Geriátrica -15 (EDG-15) e do Inventário Breve de Sintomas (BSI).

Para a caracterização das diferentes variáveis dimensionais calcularam-se os resultados médios (M) e desvio-padrão (DP) dos sujeitos, que constituem a amostra, nos instrumentos (e respetivas subescalas) referidos anteriormente. Para as variáveis em causa, procurou-se averiguar a existência de diferenças entre sujeitos do sexo masculino e feminino.

- Descrição dos níveis de depressão

Na tabela 6 encontram-se descritos os valores do resultado total da amostra na prova GDS. Como se pode observar os resultados totais dos indivíduos variam entre 0 e 13 pontos, com uma média de 3,19 e o desvio-padrão 3,26. Como se pode verificar nos resultados apresentam níveis baixo de depressão. Após analisar se existiam diferenças entre géneros nesta variável conclui-se não existem diferenças significativas entre homens e mulheres.

Tabela 6

Caracterização do resultado final do GDS na amostra total

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
GDS Resultado Total	0	13	3,19	3,26

N=47

Na Tabela 7 encontram-se os resultados da análise da distribuição de sintomatologia depressiva na amostra total. Onde se verifica que 7 sujeitos (14,9%) apresentam sintomatologia depressiva, sendo que os restantes 40 (85,1%) não apresentam sintomatologia depressiva clinicamente relevante. Mais uma vez não foram encontradas diferenças significativas relativamente aos níveis de depressão entre homens e mulher.

Tabela 7

Análise da distribuição da sintomatologia depressiva na amostra total

Sintomatologia Depressiva	Frequência	Percentagem
Depressão	7	14,9
Normal	40	85,1

N=47

- Descrição da sintomatologia psicopatológica

Ao analisar-se a distribuição do resultado total e na subescala gravidade global (GSI) do BSI, como se pode verificar na tabela 8, existem 8 (17%) sujeitos da amostra

total que são considerados casos clínicos no que toca ao nível de sofrimento global da pessoa (GSI); e que na amostra total existem 10 (21,3%) indivíduos que são considerados casos clínicos nos requisitos globais de cotação do instrumento. Não foram encontradas diferenças significativas entre géneros.

Tabela 8

Análise da distribuição total na subescala GSI e no BSI Total

	Caso Clínico	Normal
	Frequência (Percentagem)	Frequência (Percentagem)
GSI	8 (17,0)	39 (83,0)
BSI Total	10 (21,3)	37 (78,7)

N=47

Na tabela 9 apresenta-se a forma como os sujeitos se distribuem pelas várias subescalas do instrumento BSI (ansiedade, ansiedade fóbica, depressão, hostilidade, ideação paranoide, psicoticismo, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal e somatização). Nas subescalas supracitadas foram encontrados mais casos normais do que casos clínicos.

Tabela 9

Análise da distribuição total nas subescalas GSI e no BSI Total

	Caso Clínico	Normal
	Frequência (Percentagem)	Frequência (Percentagem)
Ansiedade	4 (8,5)	43 (91,5)
Ansiedade Fóbica	11 (23,4)	36 (76,6)
Depressão	7 (14,9)	40 (85,1)
Hostilidade	4 (8,5)	43 (91,5)
Ideação Paranoide	5 (10,6)	42 (89,4)
Psicoticismo	9 (19,1)	38 (80,9)
Obsessão-Compulsão	8 (17,0)	39 (83,0)
Sensibilidade Interpessoal	4 (8,5)	43 (91,5)
Somatização	5 (10,6)	42 (89,4)

N=47

Objetivo 3: Descrição de Crenças face à medicina, face aos médicos e face aos medicamentos.

De forma a caracterizar a amostra relativamente às crenças face à medicina, face aos médicos e face aos medicamentos utilizaram-se os instrumentos o questionário de crenças em relação aos medicamentos (QCM-Geral), a escala de atitudes face aos médicos e face à medicina (ADMS), realizando-se de seguida uma análise descritiva das variáveis.

Para a caraterização das diferentes variáveis calcularam-se os resultados médios (M) e desvio-padrão (DP) dos sujeitos que constituem a amostra nos instrumentos (e respetivas subescalas) mencionadas anteriormente. Finalmente procurou-se averiguar a existência de diferenças entre sujeitos do sexo masculino e feminino nas variáveis apresentadas.

Os resultados obtidos para o QCM-Geral encontram-se descritos na tabela 10, estando os resultados relativos ao ADMS descritos na tabela 11.

Como se pode observar na tabela 10 os resultados na subescala de efeitos nocivos avaliados pela escala QCM-Geral variaram de 5 a 15, apresentado de 8,94 e desvio-padrão de 2,51. Relativamente ao uso excessivo verifica-se uma média de resultados de 10,79 com desvio-padrão de 2,71, variando os resultados de 6 a 17. Ao utilizar o teste Mann-Whitney foram também encontradas diferenças significativas entre género masculino e feminino na subescala uso excessivo ($U=155,5$, $z= -1,95$, $p< .05$) e efeitos nocivos ($U=136,5$, $z=-2,40$, $p< .02$), tendo-se verificado que nas duas subescalas o género feminino obteve valores mais elevados.

Tabela 10

Caracterização do resultado final no Questionários de Crenças acerca dos medicamentos (Geral) na amostra total.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Efeitos nocivos	5	15	8,94	2,51
Uso excessivo	6	17	10,79	2,71

N=47

Finalmente é possível observar na tabela 11 que na subescala atitudes positivas face aos médicos os resultados variaram de 9 a 24, tendo estes uma média de 18,06 e um desvio-padrão de 4,09. Na subescala atitudes negativas face aos médicos os valores variaram entre 5 e 17, sendo obtida uma média de 10,47 e um desvio-padrão 3,07. Relativamente à subescala atitudes positivas face à medicina verifica-se uma média de 14,13 com desvio-padrão de 2,88, variando os resultados obtidos entre 8 e 18. Para terminar na subescala atitudes negativas face à medicina variam entre 6 a 18, com uma média de 12,26 e desvio-padrão 3,54. Mais uma vez não foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres.

Tabela 11

Caracterização dos resultados da Escala de Atitudes face a médicos e face à medicina na amostra total.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Atitudes positivas face aos médicos	9	24	18,06	4,09
Atitudes negativas face aos médicos	5	17	10,47	3,06
Atitudes positivas face à medicina	8	18	14,13	2,88
Atitudes negativas face à medicina	6	19	12,26	3,54

N=47

Face a estes resultados pode-se inferir que a crença face aos efeitos nocivos acerca dos medicamentos é relativamente fraca na amostra analisada. No que diz respeito ao valor obtido na subescala “crenças face aos efeitos do uso excessivo” esta assume um valor médio no valor máximo do instrumento (20).

Tendo em conta as características do instrumento pode-se afirmar que os participantes apresentam resultados altos, mostrando elevados níveis de atitudes positivas em relação aos médicos e à medicina. No que concerne aos resultados obtidos nas restantes subescalas os sujeitos revelam valores mais baixos, denotando níveis reduzidos face às atitudes negativas face aos médicos e à medicina.

Objetivo 4: Descrição dos níveis de adesão à medicação e aos tratamentos.

De forma a caracterizar a amostra relativamente aos níveis de adesão à medicação e aos tratamentos utilizaram-se os questionários medida de adesão aos tratamentos (MAT) e a escala de adesão aos medicamentos (EAM).

Para a caracterização das diferentes variáveis calcularam-se os resultados médios (M) e desvio-padrão (DP) dos sujeitos que constituem a amostra nos instrumentos (e respetivas subescalas) utilizados no presente estudo. Procurou-se também averiguar a existência de diferenças entre sujeitos do sexo masculino e feminino nas variáveis apresentadas.

Os resultados relativos ao MAT encontram-se descritos na tabela 12. Observa-se que os resultados totais dos indivíduos no instrumento MAT variam entre 4,14 e 6,00 pontos, sendo o valor médio neste instrumento de 5,59 e o desvio-padrão 0,43. Não foram encontradas diferenças significativas entre sexo masculino e feminino.

Tabela 12

Caracterização do resultado final no Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) na amostra total.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
MAT Total	4,14	6,00	5,59	0,43

N=47

Conforme demonstrado na tabela 13 os resultados totais dos sujeitos no instrumento EAM variaram entre 12 a 20, com uma média de 18,23 e o desvio-padrão 2,68. Não foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres.

Tabela 13

Caracterização do resultado final na Escala de Adesão ao Tratamento (EAM) na amostra total.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
EAM Total	12	20	18,23	2,68

N=47

Pela análise dos resultados obtidos nestes dois instrumentos pode-se verificar níveis elevados de adesão ao tratamento e aos medicamentos.

Objetivo 5: Relacionar os níveis de adesão à medicação e tratamentos, com as crenças relativas aos medicamentos, médicos e medicina.

Para analisar a relação entre os níveis de adesão e as várias crenças calcularam-se as correlações entre os resultados das subescalas do QCM-Geral (efeitos nocivos e uso excessivo) e os resultados totais do MAT e EAM. Para tal foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman*. Os resultados destas correlações encontram-se descritos na tabela 14. Não foram encontradas quaisquer correlações estatisticamente significativas entre as variáveis em causa.

Tabela 14

Análise correlacional entre as dimensões de adesão e crenças sobre medicamentos do QCM-Geral.

	Efeitos nocivos	Uso excessivo
MAT	-,04 (p>05)	0,15 (p>05)
EAM	-,17 (p>05)	-,09 (p>05)

N=47

A fim de analisar a relação entre os níveis de adesão e as crenças face à medicina e médicos, calcularam-se as correlações entre o resultado das subescalas do ADMS (atitudes positivas face aos médicos; atitudes negativas face aos médicos; atitudes positivas face à medicina e atitudes negativas face à medicina) e os resultados totais do MAT e EAM, sendo para este fim utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman*. Na tabela 15, encontram-se descritos os resultados encontrados. Novamente não foram encontradas quaisquer correlações estatisticamente significativas entre as variáveis em causa.

Tabela 15.

Análise correlacional entre as dimensões de adesão e crenças sobre médicos e medicina.

	MAT	EAM
Atitudes positivas face aos médicos	,08 (p>05)	,16 (p>05)
Atitudes negativas face aos médicos	-,20 (p>05)	-,17 (p>05)
Atitudes positivas face à medicina	,06 (p>05)	,17 (p>05)
Atitudes negativas face à medicina	,10 (p>05)	-,03 (p>05)
N=47		

Objetivo 6: Analisar as diferenças dos níveis de adesão em função do funcionamento cognitivo.

Tendo em conta o número reduzido de sujeitos com defeito cognitivo (N=2), não é viável a comparação entre grupos.

Objetivo 7: Analisar as diferenças dos níveis de adesão em função dos níveis de depressão.

Para analisar as diferenças dos níveis de adesão em função dos níveis de depressão, procedeu-se à análise das médias e desvio padrão das medidas de adesão (EAM e MAT) em função dos sintomas depressivos (BSI e GDS). Os resultados encontram-se descritos nas tabelas 16, 17, 18 e 19.

Tabela 16.

Caracterização dos níveis de adesão ao medicamento (EAM) em função dos níveis de depressão (BSI).

	Média	Desvio-Padrão	Mediana
Caso Clínico ^a	18,43	2,63	20
Normal ^b	18,20	2,72	20

N=47; ^a n=7; ^b n=40

Tabela 17

Caracterização dos níveis de adesão ao tratamento (MAT) em função dos níveis de depressão (BSI).

	Média	Desvio-Padrão	Mediana
Caso Clínico ^a	5,33	0,63	5,29
Normal ^b	5,64	0,38	5,71

N=47; ^a n=7; ^b n=40

Tabela 18

Caracterização dos níveis de adesão ao medicamento (EAM) em função dos níveis de depressão (GDS).

	Média	Desvio-Padrão	Mediana
Deprimido ^a	18,57	2,3	20
Normal ^b	18,18	2,76	20

N=47; ^a n=7; ^b n=40

Tabela 19.

Caracterização dos níveis de adesão ao tratamento (MAT) em função dos níveis de depressão (GDS).

	Média	Desvio-Padrão	Mediana
Deprimido ^a	5,53	0,41	5,71
Normal ^b	5,60	0,44	5,71

N=47; ^a n=7; ^b n=40

Ao analisar os vários resultados apresentados é possível verificar-se que os resultados médios nos níveis de adesão (EAM e MAT) em função dos sintomas depressivos são bastante semelhantes. Ao ser utilizado o teste Mann-Whitney para averiguar se existem diferenças entre os vários grupos foi possível verificar-se que não existem diferenças significativas entre grupos nas variáveis descritas.

Objetivo 8: Analisar os níveis de adesão em função das variáveis sociodemográficas.

A fim de analisar os níveis de adesão em função das variáveis sociodemográficas foram utilizados os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis tendo em conta que as variáveis não cumpriram os requisitos de normalidade.

- Variável Género

Conforme descrito nas tabelas 20 e 21, procedeu-se à caracterização, respetivamente, dos níveis de adesão ao tratamento (MAT) e níveis de adesão aos medicamentos (EAM) em função do género. Procurou-se também averiguar se existiam diferenças nestas variáveis em função do género, recorrendo-se ao teste de Mann-Whitney. Não foram encontradas diferenças significativas entre os dois géneros nos níveis adesão.

Tabela 20

Descrição dos níveis de adesão ao tratamento (MAT) em função do género.

	Média	Desvio-Padrão
Masculino	5,65	0,39
Feminino	5,48	0,50

N=47; ^a n=32; ^b n=15

Tabela 21.

Descrição dos níveis de adesão aos medicamentos (EAM) em função do género.

	Média	Desvio-Padrão
Masculino	18,75	2,26
Feminino	17,13	3,23

N=47; ^a n=32; ^b n=15

- Variável Escolaridade

Conforme descrito nas tabelas 22 e 23, procedeu-se à caracterização, respetivamente, dos níveis de adesão ao tratamento (MAT) e níveis de adesão aos medicamentos (EAM) em função da escolaridade, recorrendo-se para este fim ao teste de Kruskal-Wallis. Não foram encontradas diferenças significativas entre os vários grupos.

Tabela 22

Descrição dos níveis de adesão ao tratamento (MAT) em função da escolaridade.

	N	Média	Desvio-Padrão
1º Ciclo	19	5,52	0,42
Ensino secundário	9	5,59	0,48
Ensino superior	19	5,67	0,43

N=47

Tabela 23

Descrição dos níveis de adesão aos medicamentos (EAM) em função da escolaridade.

	N	Média	Desvio-Padrão
1º Ciclo	19	18,05	3,05
Ensino secundário	9	17,67	2,82
Ensino superior	19	18,68	2,26

N=47

- Variável Categoria Profissional

Conforme descrito nas tabelas 24 e 25, procedeu-se à caracterização, respetivamente, dos níveis de adesão ao tratamento e níveis de adesão aos medicamentos em função da categoria profissional, recorrendo-se para este fim ao teste de Kruskal-Wallis. Não foram encontradas diferenças significativas entre os vários grupos.

Tabela 24

Descrição dos níveis de adesão ao tratamento (MAT) em função da categoria profissional.

	N	Média	Desvio-Padrão
Doméstica	18	5,64	0,39
Quadro técnico	14	5,48	0,44
Quadro Superior	15	5,64	0,47

N=47

Tabela 25

Descrição dos níveis de adesão ao medicamento (EAM) em função da categoria profissional.

	N	Média	Desvio-Padrão
Doméstica	18	18,78	2,21
Quadro técnico	14	17,14	3,23
Quadro Superior	15	18,60	2,50

N=47

- Variável Periodicidade de Consultas

Conforme descrito nas tabelas 26 e 27, procedeu-se à caracterização, respetivamente, dos níveis de adesão ao tratamento (MAT) e níveis de adesão aos medicamentos (EAM) em função da periodicidade de consultas, recorrendo-se para este fim ao teste de Mann-Whitney. Não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos.

Tabela 26

Descrição dos níveis de adesão ao tratamento (MAT) em função da periodicidade de consultas

	N	Média	Desvio-Padrão
Mensalmente	17	5,50	0,50
Não mensal	30	5,64	0,39

N=47

Tabela 27

Descrição dos níveis de adesão aos medicamentos (EAM) em função da periodicidade de consultas

	N	Média	Desvio-Padrão
Mensalmente	17	18,00	3,04
Não mensal	30	18,37	2,50

N=47

CAPÍTULO 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo teve como objetivo geral explorar as correlações entre a qualidade de vida, aspetos emocionais, fatores sociodemográficos, o funcionamento cognitivo, a capacidade funcional e os níveis de adesão aos tratamentos e as crenças aos médicos e à medicina, em idosos institucionalizados na estrutura residencial do Centro de Apoio Social de Oeiras do Instituto de Ação Social das Forças Armadas.

Tendo em conta os objetivos propostos pretende-se, no presente capítulo, discutir os resultados encontrados, tendo em consideração a revisão de literatura efetuada. Assim a discussão incide nos resultados obtidos primeiramente da descrição dos níveis de cognição e de funcionalidade; em segundo lugar da descrição dos níveis de depressão e de sintomatologia psicopatológica; em terceiro da descrição de crenças face à medicina, face aos médicos e face aos medicamentos e dos níveis de adesão à medicação e aos tratamentos. De seguida discutem-se as correlações obtidas em relação aos níveis de adesão à medicação e aos tratamentos com crenças relativas aos medicamentos, médicos e medicina. Em último lugar analisam-se as diferenças dos níveis de adesão em função do funcionamento cognitivo do nível de depressão e das variáveis sociodemográficas.

Objetivo 1 – Descrição dos níveis de cognição e de funcionalidade.

No que diz respeito aos níveis cognitivos da amostra verificaram-se valores elevados no teste MEEM, sendo que apenas 2 sujeitos apresentam defeitos cognitivos. Este resultado obtido é expetável tendo em conta a especificidade da instituição, uma vez que os utentes da UF1 em causa devem apresentar bons níveis de cognição como um dos requisitos de permanência.

No que toca ao nível de funcionalidade aferida pelo teste de Índice de *Barthel*, os participantes são todos autónomos no seu funcionamento diário. Mais uma vez estes resultados são esperados, tendo em conta a realidade institucional, onde os utentes têm que manter as suas funcionalidade para residirem nesta área funcional do Centro de Apoio Social de Oeiras.

Para além da triagem que é feita na fase inicial do processo de admissão dos utentes, os resultados obtidos, quer a nível da funcionalidade, quer ao nível da cognição, também podem ser explicados pela linha orientadora de ação do CASO/IASFA assente no princípio da Organização Mundial de Saúde (2002) do “envelhecimento ativo, como processo de potenciar oportunidades para a saúde, participação e segurança, por forma a melhorar a qualidade de vida, à medida que as pessoas envelhecem”. Desta forma, e tal como a literatura indica, idosos que tendem a manter uma vida ativa criam oportunidade para viverem não só mais anos como em maior plenitude (Vecchia, Ruiz, Bocchi, Corrente, 2005), mantendo as suas capacidades funcionais e cognitivas.

Objetivo 2 – Descrição dos níveis de depressão e de sintomatologia psicopatológica.

Dos resultados obtidos através do GDS e BSI verificou-se que, apesar de existirem utentes que foram sinalizados com quadros clínicos diversos nomeadamente depressão e ansiedade, a maior parte dos participantes não apresentaram quadros clínicos de sintomatologia psicopatológica.

Os resultados obtidos confirmam a especificidade da instituição em causa, em que os utentes necessitam de apresentar baixos níveis de sintomatologia psicopatológica para continuar a estar inseridos nesta área residencial desta instituição que, tal como frisado no objetivo 1, preserva a ideia do “envelhecimento ativo” (Fernández-Ballesteros, 2008).

Objetivo 3 – Descrição de Crenças face à medicina, face aos médicos e face aos medicamentos

Através da aplicação do instrumento ADMS os resultados mostram que os participantes apresentam, em média, índices elevados de atitudes positivas face aos médicos e à medicina e índices baixos de atitudes negativas face aos médicos e à medicina.

Dos resultados obtidos pela aplicação do QCM-Geral pode-se inferir que a crença face aos efeitos nocivos acerca dos medicamentos é relativamente baixa na amostra analisada. No que diz respeito ao valor obtido na subescala “crenças face aos efeitos do uso excessivo” esta assume um valor médio. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres relativamente às crenças, sendo que as mulheres têm níveis mais elevados de crenças tanto relativamente aos efeitos nocivos como à prescrição em excesso de medicamentos.

Estes resultados podem ser explicados por estarmos perante uma amostra que 60% dos participantes apresenta estudos médios ou superiores, bem como com um percurso de vida que permitiu ter acesso a um conhecimento mais concreto, formando crenças mais científicas da realidade. O que veem de encontro a Carrillo, Green & Betancourt (1999), que mencionam que cada paciente tem um modelo explicativo próprio, o qual é influenciado pela sua cultura, educação e estatuto socioeconómico.

Objetivo 4 – Níveis de Adesão à medicação e aos tratamentos

Artl et al. (2008) mencionam que do ponto de vista terapêutico, a adesão à prescrição medicamentosa é um dos factores mais relevantes no que diz respeito à eficácia e segurança de um tratamento junto dos utentes. Apesar dos estudos encontrados na literatura mencionarem taxas de não adesão a rondar o 50% na população idosa (Eijken

et al., 2003), os resultados obtidos no presente estudo, através da aplicação do instrumentos Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) e Escala de Adesão aos Medicamentos (EAM), indicam que todos os indivíduos aderem aos tratamentos propostos pelos profissionais de saúde, sendo que 16 (44%) dos indivíduos analisados reportam uma adesão total ao tratamento. Os resultados mostram-nos também uma elevada adesão à terapia medicamentosa, havendo 29 (61,7%) indivíduos que reportam aderir de forma total à terapia medicamentosa prescrita.

Estes níveis elevados de adesão podem ser explicados pelo contexto onde o individuo se insere, que segundo Zavin & Kales (2008) pode influenciar a adesão aos medicamentos e tratamentos. Neste caso específico, apesar dos participantes já estarem aposentados da vida militar, todo o *background* militar que constitui a presente amostra, ou seja, indivíduos habituados a cumprir regras e à disciplina, pode ser uma explicação para os presentes resultados.

Objetivo 5 – Relacionar os níveis de adesão à medicação e aos tratamentos com crenças relativas aos medicamentos, médicos e medicina.

A fim de relacionar os níveis de adesão à medicação e os tratamentos com crenças relativas aos medicamentos, médicos e medicina, foram utilizados os instrumentos QCAM, MAT e EAM, cujos resultados não revelaram correlações significativas entre as variáveis supracitadas.

O facto de estarmos perante uma amostra reduzida e muito homogénea poderá explicar estes resultados obtidos que são diferentes do indicado pela literatura, em vários estudos anteriores é demonstrado que os estereótipos do doente em relação às significações do médico podem ser determinantes para a não-adesão, como os estereótipos deste em relação àquele (Joyce-Moniz & Barros, 2005), ou seja se o paciente

não confia no médico não cumprirá o tratamento (Roberts cit. por Joyce-Moniz & Barros, 2005). Paralelamente Menckenberg e colaboradores (2008) sugerem que as preocupações com potenciais efeitos adversos podem estar relacionados com a toma continuada da medicação e adesão à mesma.

Objetivo 6 – Analisar as diferenças dos níveis de adesão em função do funcionamento cognitivo.

Tendo em conta a homogeneidade da amostra, não foi possível fazer comparação entre grupos. No entanto são muitos os autores que mencionam a existência de uma relação entre os níveis de adesão e o funcionamento cognitivo, designadamente Arlt et al. (2008) referem que as dificuldades cognitivas são um importante fator de risco para a não adesão.

Objetivo 7 – Analisar as diferenças dos níveis de adesão em função dos níveis de depressão.

Para analisar as diferenças dos níveis de adesão em função dos níveis de depressão, procedeu-se à análise das médias e desvio padrão das medidas de adesão ao medicamento e ao tratamento (EAM e MAT) em função dos sintomas depressivos sinalizados na BSI e GDS, não tendo sido encontrados diferenças entre os níveis de adesão entre utentes com e sem sintomas depressivos.

Não foi possível corroborar o mencionado na literatura, onde é frisado por vários autores, nomeadamente Arlt e colaboradores, (2008), que a existência de sintomas depressivos assume como um importante fator de risco que conduz a uma fraca adesão às prescrições médicas. Mais uma vez as especificidades da instituição onde foi recolhida amostra e o seu tamanho reduzido (7 casos), pode ser determinante nesta diferença.

Objetivo 8 – Analisar os níveis de adesão em função das variáveis sociodemográficas.

Em nenhuma das variáveis analisadas (sexo, escolaridade, categoria profissional, e periodicidade de consultas) foram encontradas diferenças significativas em relação aos níveis de adesão, isto parece contrariar a literatura designadamente Gray e all (2001) que refere que a adesão é influenciada pelo nível de escolaridade. No entanto, como foi referido do primeiro capítulo, a OMS (2003) refere que a adesão aos medicamentos e tratamentos é influenciada por diversos aspetos, nomeadamente económicos e sociais. Apesar de não ter sido avaliado pelos instrumentos esta amostra tem condições económicas e sociais distintas da população em geral já que a entrada nesta instituição exige condições especiais de ingresso designadamente a nível financeiro e requisitos sociais (i.e. militares/família).

CAPITULO 5. CONCLUSÃO

No presente capítulo apresentam-se as principais conclusões deste estudo exploratório, sendo apresentadas, seguidamente algumas limitações bem como propostas para futuras investigações.

Ao longo do presente século a esperança de vida tem vindo a crescer (Comissão Europeia, 2014), fruto dos avanços tecnológicos, designadamente na área da saúde, justificando assim uma tendência de linhas de investigação que visem procurar formas para que o envelhecimento possa ser vivido com uma maior qualidade de vida e bem-estar (Cunha, Marque & Rodrigues, 2014). Desta forma o presente estudo exploratório teve como objetivo geral a exploração das relações entre qualidade de vida, o funcionamento cognitivo, a capacidade funcional e os níveis de adesão aos tratamentos e prescrições médicas, em idosos institucionalizados numa área residencial do Centro de Apoio Social das Forças Armadas em Oeiras.

A amostra desta investigação foi recolhida na AF1 tratando-se de numa amostra de conveniência, homogénea, funcional e maioritariamente sem defeitos cognitivos, o que resultou numa das limitações encontradas no estudo.

Os resultados permitiram verificar a existência de uma amostra 100% funcional, com baixos níveis de sintomatologia psicopatológica (14,9%) e com um funcionamento cognitivo normal em 95,7% dos participantes. Estes resultados podem ser explicados pela especificidade da amostra tendo em conta a instituição onde foi recolhida, uma área residencial, onde é requisito que os utentes mantenham-se funcionais e com as faculdades mentais normais para uma vida autónoma.

No que concerne aos níveis de adesão à medicação e tratamentos médicos, revelaram-se elevados. Resultados que podem estar relacionados com o contexto da

instituição onde o estudo foi realizado, utentes cognitivamente normais, bem como com um *background* cultural militar assente no respeito nas regras, disciplina e normas.

Perante uma amostra tão homogénea as diversas relações entre funcionamento cognitivo, aspetos emocionais, fatores sociodemográficos, a capacidade funcional e os níveis de adesão aos tratamentos e prescrições médicas, resultaram em dados sem correlações estatisticamente significativas.

Destes resultados não se pode concluir que não exista correlações entre estas variáveis. Tendo em conta as limitações frisadas, adverte-se a necessidade, para futuras investigações, uma amostra maior e menos homogénea, que permita extrair conclusões mais globais. Seria interessante a realização de uma estudo que pudesse comparar indivíduos institucionalizados numa zona residencial com e sem *background* militar que tende a dar aos sujeitos uma maior autodisciplina, bem como fazer um estudo com sujeitos que estejam integrados na sociedade sem estarem institucionalizados, de forma a alargar a compreensão das variáveis em análise.

Apesar das limitações encontradas no presente estudo, e dos resultados com pouca significância estatística, esta investigação poderá, de alguma forma, representar uma contribuição para futuros estudos nesta área do envelhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. J. (2011). A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares: Aspectos e contextos da Qualidade de Vida. Porto – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Dissertação de Mestrado.
- Anstey, K. J., & Low, L.F. (2004). Normal cognitive changes in aging. *Australian Family Physician*, 33 (10), 783-787.
- Apóstolo, J., Loureiro, L., Reis, I., Silva, I., Cardoso, D. & Sfetcu, R. (2014). A Contribuição para a adaptação de Geriatric Depression Scale – 15 para a língua portuguesa. *Revista enfermagem Referência*.
- Araújo, L.F., Coutinho, M., & Santos, M. (2006). O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, 18 (2), 89-98.
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.
- Arlt, S., Lindner, R., Rösler, A., & Renteln-Kruse, W. (2008). Adherence to medication in patients with dementia: predictors and strategies for improvement. *Drugs Aging*, 25 (12), 1033-1047.
- Ávila, R., & Bottino, C. M. (2006). Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Psiquiatria*, 28(4), 316-320.
- Banning, M. (2008). Older people and adherence with medication: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1550-1561.
- Banning, M. (2009). A review of interventions used to improve adherence to medication in older people. *International Journal of Nursing Studies*, 46(11), 1505-1515.
- Belcher, V.N., Fried, T.R., Agostini, J.V., & Tinetti, M.E. (2006). Views of older adults on patient participation in medication-related decision making. *Journal of General Internal Medicine*, 21(4), 298-303.
- Benson, J., & Britten, N. (2002). Patients' decisions about whether or not to take antihypertensive drugs: qualitative study. *British Medical Journal*, 325, 873-876.
- Blaxter, M., & Britten, N. (1996). Lay Beliefs about Drugs and Medicines and the Implications for Pharmacy. Manchester: Pharmacy Practice Research Resource Centre.
- Canavarro, M. C. (1999) Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (pp.87-109). Braga: SHO/APPORT.

- Canavarro, M. C. (2007) Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa*. (pp.305-330). Coimbra: Quarteto.
- Cancela, D. (2007). O Processo de Envelhecimento. O Portal dos Psicólogos. Consultado em junho 30, 2015 em: www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf
- Carrillo, J.E., Green, A.R., & Betancourt, J.R. (1999). Cross-cultural primary care: A patient-based approach. *Annals of Internal Medicine*, 130 (10), 829-834.
- Cheng, Y., Rosenberg, M.W., Wang, W., Yang, L., & Li, H. (2011). Aging, health and place in residential care facilities in Beijing, China. *Social Science & Medicine*, 72, 365-372.
- Comissão Europeia. (2014). Report from the commission to the european parliament, the council, the european economic and social committee and the committee of the regions on the implementation, results and overall assessment of the 2012 European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations. Disponível dêem: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=12634&langId=en>
- Cunha, F., Marques, S., & Rodrigues, R.B. (2014). GerAções Lx: Pilot Project to Decrease Ageism and Promote a Positive Self-Concept in Youngsters and Seniors. *Journal of Intergenerational Relationships*, 12(2), 184-191.
- Davey, J., & Glasgow, K. (2006). Positive Ageing - A Critical Analysis. *Policy Quarterly*, 2(4), 21-27.
- Davis, S. (1991). Self-administration of medicines. *Nursing Standard*, 5, 29-31.
- Deegan, C., Watson, A., Nestor, G., Conlon, C., & Connaughton, F. (2005). Managing change initiatives in clinical areas. *Nursing Management*, 12(4), 24-33.
- Delgado, A.B. & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doença*, 2 (2), 81-100.
- Despacho no 17690/2007 de 10 de Agosto do Ministério da Saúde. *Diário da República: II série*, No 154 (2007). Acedido a 31 maio, 2015 em: <http://www.sg.min-saude.pt/sg/conteudos/legisaude/legis+medicamentos.htm>
- Dowell, J., & Hudson, H. (1997). A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care. *Family Practice*, 14, 369–375.
- Eijken, M., Tsang, S., Wensing, M., Smet, P. A. G. M., & Grol, R. P. T. M. (2003). Interventions to improve medication compliance in older patients living in the community. *Drugs Aging*, 20(3), 229-240.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active Aging. The contribution of Psychology*. Gottingen: Hogrefe & Huber.

- Fernando, B., McKinstry B., & Sheikh, A. (2006). Reducing medication-related adverse events in elderly patients. *Reviews in Clinical Gerontology*, 16, 79-87.
- Fonseca, A. M. (2007) Envelhecimento e qualidade de vida em Portugal: algumas evidências e outras tantas inquietações. Comunicação apresentada no I Congresso Internacional Envelhecimento e Qualidade de Vida. Universidade Católica Portuguesa e Unifai.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Climepsi Editores.
- Gonçalves, D. (2012). Qualidade de vida, funcionamento cognitivo e adesão em idosos: um estudo exploratório. Dissertação de Mestrado na área da Psicologia Clínica e da Saúde. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Gochman, D. (1997). *Handbook of Health Behavior Research I – Personal and Social Determinants*. EUA: Springer.
- Gray S.L., Mahoney, J.E., & Blough, D.K. (2001). Medication adherence in elderly patients receiving home health services following hospital discharge. *Annals of Pharmacotherapy*, 35 (5), 539-545.
- Guerreiro, M. (2010). Testes de rastreio de defeito cognitivo e demência: uma perspetiva prática. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, 46-53.
- Guerreiro, M., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa na tradução do Mini Mental State Examination. Comunicação apresentada na Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia. Coimbra.
- Hagestad, G.O., & Uhlenberg, P. (2005). The Social Separation of Old and Young: A Root of Ageism. *Journal of Social Issues*, 61 (2), 343-360.
- Herédia, V. M., Cortelletti, I.A., & Casara, M.B. (2004). Institucionalização do Idoso: identidade e realidade. In I. A. Cortelletti, M. B. Casara e V.M. Herédia (Orgs.), *Idoso asilado: um estudo gerontológico*, 63-83. Caxias do Sul, RS: Educs/Edipucrs.
- INE (2011). *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Johnson, M.J., Williams, M., & Marshall, E.S. (1999). Adherent and nonadherent medication-taking in elderly hypertensive patients. *Clinical Nursing Research*, 8(4), 318-35.
- Joyce-Moniz, L. & Barros, L. (2005). *Psicologia da Doença*. Porto: Edições Asa.
- Kadushin, G., & Egan, M. (2008). *Gerontological home health care: A guide for the social work practitioner*. New York: Columbia University Press.

- Kalache, A., & Kickbusch, I. (1997). A global strategy for healthy ageing. *World Health*, 50(4), 4-5.
- Koley, M., Saha, S., Ghosh, A., Ganguly, S., Arya, J.S., & Choubey, G. (2013). Self-medication tendencies of patients visiting out-patient departments of government homoeopathic medical colleges and hospitals in West Bengal, India. *International Journal of High Dilution Research*, 12(45), 178-189.
- Kretchy, I., Owusu-Daaku, F., & Danquah, S. (2013). Spiritual and religious beliefs: do they matter in the medication adherence behaviour of hypertensive patients? *Biopsychosocial Medicine*, 7, 1-15.
- Kripalani, S., Yao, X., & Haynes, B. (2007). Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. *Archives of Internal Medicine*, 167, 540–549.
- Leventhal, H. (1992). Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143–163.
- Lobet, M. P., Ávila, N. R., Farràs, J. F. & Csnut, M. T. L. (2011). Quality of Life, Happiness and Satisfaction with Life of Individuals 75 Years Old or Older Cared for by a Home Health Care Program. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19 (3), 467-475.
- Lumme-Sandt, K., Hervonen, A., & Jylhä, M. (2000). Interpretative repertoires of medication among the oldest-old. *Social Science & Medicine*, 50(12), 1843-1850.
- Maidment, R., Livingston, G., & Katona, C. (2002). Just keep taking the tablets: Adherence to antidepressant treatment in older people in primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 752-757.
- McElnay, J. (2005). Who cares about compliance, adherence or concordance? The Pharmacist cares. *The Pharmaceutical Journal*, 275, Suplemento P2.
- Menckenberg e colaboradores (2008). Beliefs about medicines predict refill adherence to inhaled corticosteroids. *Journal of Psychosomatic Research*. 64, 47-54.
- Meredith, S., Feldman, P.H., Frey, D., Hall, K., Arnold, K., Brown, N.J., & Ray, W.A. (2001). Possible medication errors in home healthcare patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 719-724.
- Morgado, J., Rocha, S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. (2009). Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 2(9), 10-16.
- Neri, A.L. (1993). Qualidade de vida e idade madura: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In A.L. Neri, *Qualidade de vida e idade madura* (pp. 9-56). Campinas, São Paulo: Papirus.

- Nishtala, P.S., Hilmer, S.N., McLachlan, A.J., Hannan, P.J., & Chen, T.F. (2009). Impacto f Residential Medication Management Reviews on Drug Burden Index in Aged-Care Homes – A Retrospective Analysis. In *Drugs Aging*, 26 (8), 677-686.
- Nolte, S., Elsworth, G.R., Newman, S., Osborne, R.H. (2013). Measurement issues in the evaluation of chronic disease self-management programs. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 22(7), 1655-1664.
- Notenboom, K., Beers, R., van Riet-Nales, D.A., Egberts, T.C., Leufkens, H.G., Jansen, P.A., & Bouvy, M.L. (2014). Practical problems with medication use that older people experience: a qualitative study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62 (12), 2339-2344.
- Oliveira de Santana, I., Coutinho, M., Ramos, N., Souza dos Santos, D., Lemos, G., & Silva, P. (2012). Mulher idosa: vivências do processo de institucionalização. *Ex aequo*, 26, 71-85.
- Oliveira, J. H. B. (2008). *Psicologia do Idoso – Temas Complementares*. Livpsic – Psicologia.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Active Ageing, A Policy Framework*. Consultado em maio 10, 2015 em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Consultado em junho 30, 2015 em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>.
- Pamplona, A. (1997). *Estudo da Adesão ao Tratamento com Pacientes de 12 Especialidades Médicas em Regime de Ambulatório*. Dissertação de Mestrado na área da Psicoterapia e Psicologia da Saúde. Apresentada a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade de Lisboa.
- Pereira, M. G., & Silva, N. S. (1998). Questionário de Crenças Acerca dos Fármacos. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 5, 52-57.
- Pereira, M. G., & Silva, N. S. (1999). Escala de Adesão aos Medicamentos. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 6, 347-351.
- Pereira, M. G., & Silva, N. S. (1999). Escala de Atitudes Face aos Médicos e à Medicina. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 6, 496-503.
- Pound, P., Britten, N., Morgan, M., Yardley, L., Pope, C, Daker-White, G. e Campbell, R. (2005). Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Social Science and Medicine*, 61(1), 133–155.
- Ryan, A.A. (1999). Medication compliance and older people: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 153-162.

- Sarkisian, C. A., Hays, R. D., & Mangione, C. M. (2002). Do older adults expect to age successfully? The association between expectations regarding aging and beliefs regarding health care seeking among older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 1837–1843.
- Simão, R. (2009). Adesão às prescrições/recomendações médicas por parte de idosos institucionalizados e em centros de dia: Um estudo exploratório. Dissertação de Mestrado na área da Psicoterapia e Psicologia da Saúde. Apresentada a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade de Lisboa
- Spar, E. J. & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Tabali, M., Ostermann, T., Jeschke, E., Dassen, T., & Heinze, C. (2013). Does the care dependency of nursing home residents influence their health-related quality of life? A cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11-41.
- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. M., & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8 (3), 246-252.
- Vermiere, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J., 2001. Patient adherence to treatment: three decades of research: a comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26, 331–342.
- Vik, S.A., Hogan, D.B., Patten, S.B., Johnson, J.A., Romonko-Slack, L., & Maxwell, C.J. (2006). Medication nonadherence and subsequent risk of hospitalization and mortality among older adults. *Drugs Aging*, 23(4), 345-356.
- Weltzien, M. (2007). A lifespan portrait of aging expectations and health behaviors. *UW-L Journal of Undergraduate Research*, 10, 1-5.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M.B., Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- Zhan, H. J., Liu, G., & Guan, X. (2006). Willingness and availability: explaining new attitude towards institutional elder care among Chinese elderly parents and their adult children. *Journal of Aging Studies*, 20, 279-290.
- Zivin, K. e Kales, C. (2008). Adherence to Depression Treatment in Older Adults a Narrative Review. *Drugs Aging*.

Anexo 1 - Pedido de Autorização para a realização do estudo à instituição

Autenticação de
acordo com solicitação e c/a
informação do CK 665 662.
9.11.2015

Faço no exposto, peço autorização para realizar a recolha de dados relativa à Dissertação, na Vossa Instituição. Esta recolha de dados será efetuada junto dos utentes das Residências através da utilização de Escalas e Questionários, bem como de uma pequena Entrevista semiestruturada. Esta entrevista será realizada somente a alguns utentes de forma a melhor ilustrar diferentes vivências deste processo de adesão.

Atenciosamente,

Ricardo Jorge Cardoso Martins da Silva

Concordo com os objetivos e metodologia propostos

$$I = \sqrt{2} \pi \hbar \omega$$

(Fernando Fradique, Prof. Assoc. FPUL)

[illegible]



Protocolo de Consentimento Informado



CÓDIGO _____

Eu, _____ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Ricardo Jorge Cardoso Martins da Assunção (Aluno da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), orientado pelo Professor Doutor Fernando Fradique (Professor Associado da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia, na área de Psicologia da Saúde e da Doença.

Foram-me explicados e compreendo os objetivos principais deste estudo:

1. A avaliação da adesão aos tratamentos medicamentosos por parte da população idosa.
2. Identificação de crenças por parte dos utentes relativamente aos medicamentos.
3. Avaliação de atitudes face aos médicos e à medicina.
4. Dificuldade para seguir e aderir a instrução relativamente à medicação.

Também entendi os procedimentos que tenho de realizar:

1. Responder a um questionário sócio demográfico e a seis questionários, que exploram a minha adesão à medicação, identificando crenças relativamente a medicamentos, médicos e à medicina.
2. Poder-me-á ser solicitado que responda a algumas perguntas no contexto de uma pequena entrevista

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.

Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação nesta área, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício direto ou indireto pela minha colaboração.

Entendo, ainda, que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial mas não anónima, podendo vir a constar do meu processo clínico. Poderei ainda ter acesso a uma síntese dos resultados globais do estudo.

Nome _____

Assinatura _____

Data ____/____/____

Assinatura do investigador:

Contatos do investigador: ricardoassuncao77@gmail.com e 962932635

Anexo 3 - Questionário Sociodemográfico (QSD)



CÓDIGO _____

Questionário Sociodemográfico

Segue-se um conjunto de questões, às quais lhe solicito que responda com a maior precisão possível.

1	Sexo			
	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino		
2	Idade	_____ Anos		
3	Estado Civil			
	<input type="checkbox"/> Solteiro (a)	<input type="checkbox"/> Casado (a)		
	<input type="checkbox"/> Divorciado (a)	<input type="checkbox"/> Divorciado (a) com companheiro (a)	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Viúvo (a)	<input type="checkbox"/> Viúvo(a) com companheiro (a)	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Separado(a)	<input type="checkbox"/> União de facto/vive junto	<input type="checkbox"/>	
	Outro. Qual? _____			
4	Escolaridade			
	<input type="checkbox"/> Analfabeto			
	<input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever			
	<input type="checkbox"/> 1ºCiclo/Instrução Primária			
	<input type="checkbox"/> 2ºCiclo/9ºAno/Antigo 5ºAno			
	<input type="checkbox"/> 3ºCiclo/10ºAno ou 11ºAno/Antigo7ºAno			
	<input type="checkbox"/> 12ºAno			
	<input type="checkbox"/> Curso Médio			
	<input type="checkbox"/> Curso Superior			
	<input type="checkbox"/> Outro _____			
5	Tem Filhos?			
	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim? Quantos _____		
6	Reformado			<input type="checkbox"/>
	Qual a profissão/ atividade anteriormente exercida? _____			
7	Cuidador?			
	<input type="checkbox"/> Sim. Quem? _____			<input type="checkbox"/>
8	Com quem vive atualmente?			
	<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Sozinho(a)	<input type="checkbox"/>
	Outra pessoa. Quem? _____			
9	Residência (antes da Instit.)			
	<input type="checkbox"/> Urbano (Cidade/Vila). Distrito? _____			
	<input type="checkbox"/> Rural (Aldeia). Distrito? _____			
10	Quadro Clínico			
	<input type="checkbox"/> Padece de alguma doença?			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Qual/Quais? _____		
	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico? _____		
	<input type="checkbox"/>	Medicação Atual? _____		
	<input type="checkbox"/>	Número de consultas médicas ao mês? _____		
11	Gestão da medicação			
	<input type="checkbox"/> Próprio?			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Funcionário?			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Familiar?			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Outro? Quem? _____			<input type="checkbox"/>

Anexo 4 - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

(Folstein, Folstein & McHugh 1975, traduzido e adaptado por Guerreiro et al., 1994)



CÓDIGO _____

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. ORIENTAÇÃO (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

“Vou fazer-lhe umas perguntas. Tente responder o melhor que for capaz”.

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? (Quantos são hoje?) _____

Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) _____

Em que estação do ano estamos? _____

Em que país estamos? (Como se chama o nosso país?) _____

Em que distrito vive? _____

Em que terra vive? _____

Em que casa estamos? (Como se chama a casa onde estamos?) _____

Em que andar estamos? _____

Nota: _____
(máximo: 10)

2. RETENÇÃO (Dar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

“Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir que me diga essas três palavras. Pêra, Gato, Bola. Repita as três palavras.

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

(Caso tenha falhado alguma, dizer novamente as palavras e pedir ao sujeito para as repetir, até que as tenha aprendido. Quantas tentativas foram necessárias? _____)

Nota: _____
(máximo: 3)

3. ATENÇÃO E CÁLCULO (Dar um ponto por cada resposta correta. Se fizer um erro na subtracção mas depois subtrair corretamente a partir do erro conta-se como um único erro. Parar ao fim de 5 respostas).

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3, até eu lhe dizer para parar”.

27__ 24__ 21__ 18__ 15__

Nota: _____
(máximo: 5)

4. EVOCAÇÃO (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

“Agora veja se me consegue dizer as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir”.

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: ____
(máximo: 3)

5. LINGUAGEM (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

- a) (Mostrar o relógio de pulso). “Como se chama isto?” ____
b) (Mostrar um lápis). “Como se chama isto?” ____

Nota: ____
(máximo: 2)

- c) Repita a frase: O rato rói a rolha”.

Nota: ____
(máximo: 1)

- d) “Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o em cima da mesa/cama”. (Indicar o local onde o papel deve ser colocado).

(Dar 1 ponto por cada resposta correta)

Pega no papel com a mão direita ____ / Dobra o papel ao meio ____ /
Coloca o papel no local indicado ____

Nota: ____
(máximo: 3)

- e) “Leia e cumpra o que diz neste cartão”. (Mostrar o cartão com a frase “FECHE OS OLHOS”. Se analfabeto, ler-lhe a frase).

(Fechou os olhos - dar um ponto).

Nota: ____
(máximo: 1)

- f) “Escreva uma frase aqui”. (A frase deve ter sujeito e verbo, e fazer sentido para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou troca de letras não contam como erros. Se o sujeito for analfabeto, não aplicar este item).

(Frase)

Nota: ____
(máximo: 1)

6. HABILIDADE CONSTRUTIVA

“Copie o desenho que lhe vou mostrar”. (Mostrar o desenho num cartão ou na folha. Para pontuar 1 ponto, os 10 ângulos devem estar presentes e dois deles devem estar intersectados. Tremor e erros de rotação não são valorizados).



Nota: ____
(máximo: 1)

Total: ____
(máximo: 30)

(Considera-se com defeito cognitivo População portuguesa, acima dos 40 anos): Analfabetos ≤ 15 / Escolaridade de 1 a 11 anos ≤ 22 / Escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Anexo 5 - Índice de Barthel

(Barthel e Mahoney 1965, traduzido e adaptado por Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007)



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

BARTHEL Índice Atividades



Faculdade de Psicologia
UNIVERSIDADE DE LISBOA

CÓDIGO _____

Alimentação	
Independente	10
Necessita de ajuda ou dieta modificada	5
Totalmente dependente	0
Higiene Pessoal (Barbear-se/Pentear-se/Maquilhar-se/Lavar os dentes)	
Independente	5
Necessita de ajuda	0
Controlo Vesical	
Continente	10
Acidente Ocasional	5
Incontinente (ou algaliado)	0
Controlo Anal	
Continente	10
Acidente Ocasional	5
Incontinente (ou necessita de clister)	0
Transferência (cama/cadeira ou vice-versa)	
Independente	15
Alguma ajuda (verbal ou física)	10
Muita ajuda (pode manter-se sentado)	5
Totalmente dependente, incapaz de manter a postura sentado)	0
Mobilidade/Deslocação	
Independente (pode usar ajuda técnica)	15
Ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	10
Independente em cadeira de rodas	5
Imóvel	0
Utilização da sanita (WC)	
Independente (sentar, levantar, vestir, puxar autoclismo)	10
Necessita de alguma ajuda	5
Totalmente Dependente	0
Vestir-se	
Independente (incluindo botões, atacadores)	10
Necessita de ajuda	5
Totalmente dependente	0
Banho	
Independente	5
Necessita de ajuda	0
Subir/Descer Escadas	
Independente	10
Necessita de ajuda (verbal, física ou ajudas técnicas)	5
Incapaz	0
Total (0 a 100 Pontos)	
Grau de Dependência	
Autónomo	100 pontos
Dependente leve	> 60 pontos
Dependente moderado	> 40 e ≤ 60 pontos
Dependente grave	≥ 20 e ≤ 40 pontos
Dependente total	< 20 pontos



CÓDIGO _____

Medida de Adesão ao Tratamento

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2. Alguma vez foi descuidado com as horas de toma dos medicamentos?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por se ter sentido melhor?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido melhor?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença, por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

Anexo 7 - Escala de Adesão aos Medicamentos (EAM)

(Horne, Weinman e Hankins 1997, traduzida e adaptada por Pereira e Silva, 1999)



CÓDIGO _____

Escala de Adesão aos Medicamentos

Leia as frases que se seguem e diga em que grau concorda ou discorda.

1. Às vezes eu esqueço-me de tomar os meus remédios

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

2. Às vezes eu altero as doses da minha medicação de forma a satisfazer as minhas próprias necessidades

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

3. Algumas pessoas esquecem-se de tomar os seus remédios. Com que frequência isto lhe acontece a si?

Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas Vezes	Quase sempre

4. Algumas pessoas dizem que se esquecem de uma dose da sua medicação ou ajustam-na para satisfazer as suas próprias necessidades. Com que frequência você faz isto?

Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas Vezes	Quase sempre

Anexo 8 - Questionário de crenças em relação aos medicamentos (QCM-Geral)
(Horne, Weinman e Hankins em 1997, traduzida e adaptada por Pereira e Silva, 1998)



Faculdade de Psicologia
UNIVERSIDADE DE LISBOA

CÓDIGO _____

Questionário de Crenças acerca dos Medicamentos (Geral)

Gostaríamos de saber qual a opinião que tem acerca dos medicamentos em GERAL.

As frases que vai ler são opiniões que outras pessoas têm acerca dos medicamentos em geral.

Por favor indique o grau em que concorda ou discorda escolhendo a resposta adequada.

1. Os médicos usam medicamentos a mais

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

2. Pessoas que tomam medicamentos deveriam parar o seu tratamento durante um certo tempo de vez em quando

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

3. Muitos medicamentos provocam dependência

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

4. Os produtos naturais são mais seguros que os medicamentos

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

5. Os medicamentos fazem mais mal que bem

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

6. Todos os medicamentos são tóxicos

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

7. Os médicos confiam demais nos medicamentos

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

8. Se os médicos tivessem mais tempo com os doentes receitariam menos medicamentos

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

Anexo 9 - Escala de Atitudes face aos médicos e face à medicina (ADMS)

(Mateau, 1990, traduzida e adaptada por Pereira e Silva, 1999)



Faculdade de Psicologia
UNIVERSIDADE DE LISBOA

CÓDIGO _____

Escala de Atitudes face aos médicos e face à medicina (ADMS)

Em baixo estão algumas informações relativas a atitudes face à medicina e aos médicos. Por favor leia cada uma delas cuidadosamente, e faça um círculo à volta de um dos números à frente de cada afirmação de acordo com o grau em que concorda ou discorda com a frase. Não há respostas certas ou erradas. É na sua opinião que estamos interessados.

Escala de Resposta:

- 1 - Discordo totalmente
- 2 - Discordo moderadamente
- 3 - Discordo ligeiramente
- 4 - Concordo ligeiramente
- 5 - Concordo moderadamente
- 6 - Concordo totalmente

1. Todos os médicos são bons médicos.	1	2	3	4	5	6
2. A medicina baseia-se em princípios científicos.	1	2	3	4	5	6
3. Eu só consulto um médico se estiver “às portas da morte”.	1	2	3	4	5	6
4. Os medicamentos podem-nos fazer tanto mal como bem.	1	2	3	4	5	6
5. Eu tenho uma absoluta fé e confiança em todos os médicos.	1	2	3	4	5	6
6. A melhoria da saúde nacional deve-se à eficácia da medicina.	1	2	3	4	5	6
7. Os médicos culpam os seus pacientes se o seu tratamento não resulta.	1	2	3	4	5	6
8. Os conselhos dos médicos são quase sempre senso-comum.	1	2	3	4	5	6
9. Mesmo que se tenha que esperar muito tempo para consultar um médico, vale a pena.	1	2	3	4	5	6
10. A medicina tem cura para a maioria das doenças.	1	2	3	4	5	6
11. Os médicos são importantes para nos ajudar a mantermo-nos saudáveis.	1	2	3	4	5	6
12. Dificilmente dois médicos estão de acordo acerca do que está mal com uma pessoa.	1	2	3	4	5	6
13. Muitos medicamentos são apenas placebos ou comprimidos de açúcar.	1	2	3	4	5	6
14. Os médicos “procuram muitas vezes” resolver os problemas dos pacientes receitando tranquilizantes (calmantes).	1	2	3	4	5	6
15. Muitas vezes o único objetivo dos exames médicos é fazer o médico sentir-se menos ansioso.	1	2	3	4	5	6
16. Os médicos sabem o que é melhor para nós.	1	2	3	4	5	6
17. Eu não gosto de pessoas que trabalham na área da saúde.	1	2	3	4	5	6
18. A maior parte dos exames médicos são feitos por rotina em vez de terem um objectivo específico.	1	2	3	4	5	6
19. A medicina é a melhor profissão que uma pessoa pode ter.	1	2	3	4	5	6

Anexo 10 - Escala de Depressão Geriátrica -15 (EDG-15)

(Yesavage e colegas, 1983, traduzida e adaptada por Apóstolo e colaboradores, 2014)



CÓDIGO _____

GDS – Escala de Depressão Geriátrica

Leia atentamente todas as questões que se seguem e responda, afirmativamente ou negativamente, com uma cruz, tendo em conta aquilo que sente neste momento.

	<i>SIM</i>	<i>NÃO</i>
1. Está satisfeito com a sua vida?		
2. Teve de abandonar muitas das suas atividades?		
3. Acha que a sua vida é vazia?		
4. Aborrece-se muitas vezes?		
5. Está alegre a maior parte das vezes?		
6. Tem medo que lhe aconteça alguma coisa de mau?		
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?		
8. Sente-se frequentemente sem auxílio?		
9. Prefere ficar em casa a sair para a rua e fazer coisas novas?		
10. Acha que tem mais problemas de memória que os outros?		
11. Acha que é bom estar vivo?		
12. Acha que a sua vida, como está agora, já não tem valor?		
13. Acha-se cheio de energia?		
14. Acha que a sua situação não tem remédio?		
15. Acha que a maior parte das pessoas está melhor que você?		

Cotação: 1, 5, 7, 11 e 13, devem ser pontuados negativamente (1 ponto); 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15, será atribuído um ponto à resposta afirmativa.

Valores: de 0 a 5: idosos normais; Superior a 5 depressão.

Anexo 11 - Inventário Breve de Sintomas (BSI)

(Derogatis, 1982; traduzida e adaptada por Canavarro, 1999, 2007)



CÓDIGO _____

Inventário Breve de Sintomas

(BSI; L. R. Derogatis, 1983)

(Tradução e Adaptação de M. C. Canavarro, 1995)

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

EM QUE MEDIDA FOI AFECTADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS	Nunca	Poucas vezes	Algumas	Muitas vezes	Muitíssimas
1. Nervosismo ou tensão interior	0	1	2	3	4
2. Desmaios ou tonturas	0	1	2	3	4
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	0	1	2	3	4
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	0	1	2	3	4
5. Dificuldade em lembrar-se de coisas passadas ou recentes	0	1	2	3	4
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	0	1	2	3	4
7. Dores sobre o coração ou no peito	0	1	2	3	4
8. Medo na rua ou praças públicas	0	1	2	3	4
9. Pensamentos de acabar com a vida	0	1	2	3	4
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	0	1	2	3	4
11. Perder o apetite	0	1	2	3	4
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	0	1	2	3	4
13. Ter impulsos que não se podem controlar	0	1	2	3	4
14. Sentir-se sozinho mesmo quando se está com mais pessoas	0	1	2	3	4
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	0	1	2	3	4
16. Sentir-se sozinho	0	1	2	3	4
17. Sentir-se triste	0	1	2	3	4
18. Não ter interesse por nada	0	1	2	3	4
19. Sentir-se atemorizado	0	1	2	3	4
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus interesses	0	1	2	3	4

21.Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	0	1	2	3	4
22.Sentir-se inferior aos outros	0	1	2	3	4
23.Vontade de vomitar ou mal-estar no estomago	0	1	2	3	4
24.Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	0	1	2	3	4
25.Dificuldade em adormecer	0	1	2	3	4
26.Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	0	1	2	3	4
27.Dificuldade em tomar decisões	0	1	2	3	4
28.Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	0	1	2	3	4
29.Sensação de que lhe falta o ar	0	1	2	3	4
30.Calafrios ou afrontamentos	0	1	2	3	4
31.Ter de evitar certas coisas, lugares ou atividades por lhe causarem medo	0	1	2	3	4
32.Sensação de vazio na cabeça	0	1	2	3	4
33.Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	0	1	2	3	4
34.Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	0	1	2	3	4
35.Sentir-se sem esperança perante o futuro	0	1	2	3	4
36.Ter dificuldade em se concentrar	0	1	2	3	4
37.Falta de forças em partes do corpo	0	1	2	3	4
38.Sentir-se em estado de tensão ou aflição	0	1	2	3	4
39.Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	0	1	2	3	4
40.Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	0	1	2	3	4
41.Ter vontade de destruir ou partir coisas	0	1	2	3	4
42.Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	0	1	2	3	4
43.Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	0	1	2	3	4
44.Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	0	1	2	3	4
45.Ter ataques de terror ou pânico	0	1	2	3	4
46.Entrar facilmente em discussão	0	1	2	3	4
47.Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	0	1	2	3	4
48.Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	0	1	2	3	4
49.Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	0	1	2	3	4
50.Sentir que não tem valor	0	1	2	3	4
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	0	1	2	3	4
52.Ter sentimentos de culpa	0	1	2	3	4
53.Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	0	1	2	3	4

MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO